

**FACULTE DE MEDECINE
PITIE-SALPETRIERE
UNIVERSITE PARIS VI**

ANNEE 1970

THESE

N°

1

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean François DURSENT

Né le 27 Octobre 1936 à PARIS XVIe

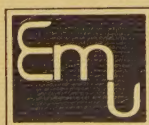
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**PRESENTATION ET ROLE D'UNE CONSULTATION
D'ACTION EDUCATIVE ET DE GUIDANCE DE L'ENFANT**

Président : Mr. BOUDIN, Professeur.

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

**FACULTE DE MEDECINE
PITIE-SALPETRIERE
UNIVERSITE PARIS VI**

ANNEE 1970

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean François DURSENT

Né le 27 Octobre 1936 à PARIS XVIe

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**PRESENTATION ET ROLE D'UNE CONSULTATION
D'ACTION EDUCATIVE ET DE GUIDANCE DE L'ENFANT**

Président : Mr. BOUDIN, Professeur.

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe



A mes Parents,

Avec toute ma gratitude pour l'affectueuse
présence dont ils ont su entourer la
maturation de ma personnalité et les lents
cheminements qui m'ont permis de trouver
la place qui convenait à mes aspirations
dans le bouleversement actuel de la Médecine.

A ma Femme,

dont la patience et la chaleureuse présence
ne m'ont jamais fait défaut au cours de ces
longues études.

A Monsieur le Professeur BOUDIN,

Professeur de la Chaire de Pathologie Neurologique,

Médecin de l'Hôpital de la Salpêtrière,

qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

En témoignage de notre profond respect.

A nos Maîtres du Certificat de Neuro-psychiatrie et de Psychiatrie :

Messieurs les Professeurs :

DELAY

MICHAUX

CASTAIGNE

LHERMITTE

Messieurs les Professeurs Agrégés :

DENIKER

DUCHE

Monsieur le Docteur BOUTTIER

Madame le Docteur RICARDEAU

Qu'ils soient remerciés des conseils
qu'ils nous ont prodigués.

A toute l'équipe de la Consultation de Guidance
et de Sauvegarde de l'Enfance de PONTOISE,

qui, avec l'enthousiasme et le dynamisme
qui les caractérisent, ont rendu possible
ce travail et ont accepté de m'aider pas
à pas dans sa rédaction.

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma
gratitude.

A tous nos Maîtres en Externat :

Monsieur le Professeur MERLE D'AUBIGNE

Monsieur le Professeur TURIAF

Monsieur le Professeur BOUDIN

Monsieur le Professeur MOLLARET

Monsieur le Professeur BROUET

Monsieur le Professeur DE GRACIANSKY

Monsieur le Professeur CASTAIGNE

Monsieur le Professeur LHERMITTE

Monsieur le Professeur DELAY

En témoignage de notre reconnaissance.

A nos Maîtres en Internat

Monsieur le Docteur BOUTTIER

Monsieur le Docteur RICARDEAU

Leur enseignement nous fût précieux.

Qu'ils trouvent ici l'expression de
notre gratitude.

INTRODUCTION

I - Le mouvement pour la guidance de l'enfant a commencé aux Etats-Unis, il y a 60 ans environ, sous l'impulsion de William HEALY. Depuis, et notamment grâce à l'écho considérable qu'ont reçu les recherches entreprises par les psychanalystes, sur le développement de la personnalité de l'enfant, de FREUD à WENNICOTT en passant par Mélanie KLEIN, SPITZ, PIAGET etc... l'essor des consultations, dispensaires, centres médico-psycho-pédagogiques a été très important. Mais, beaucoup de ces centres sont organisés et fonctionnent surtout comme des institutions de diagnostic, sans qu'elles puissent déboucher, pour des raisons théoriques ou pratiques, sur une réelle prise en charge globale de l'enfant avec tous les problèmes satellites; c'est-à-dire, sur une véritable guidance. Guidance qui prend à son compte tout ce que la biologie, la médecine, la sociologie, la psychologie peuvent découvrir dans l'étude et le comportement de l'enfant isolément et dans son milieu naturel (scolaire et familial).

Cette approche de l'enfant pris dans tout le contexte de sa vie habituelle permet à l'étiquetage-diagnostic, satisfaisant l'équipe soignante, de rester toujours à l'arrière-plan par rapport au vécu de l'enfant et de ses parents qui cherchent d'abord à se définir, à se cerner, et ainsi à pouvoir participer à l'élaboration de la solution de leurs difficultés.

Il est évident que cette synthèse de l'enfant dans sa biosphère nécessite une équipe multi-disciplinaire dont le fonctionnement soit aussi horizontal que possible, et où les rôles du psychiatre, du psychologue et du travailleur social s'interpénètrent étroitement à tous les niveaux de l'intervention.

La consultation, qui a été créée le 1.2.1969, pour répondre aux besoins du Val d'Oise, par une convention avec la Direction Départementale de l'Action

Sanitaire et Sociale, a été inspirée par ces courants de pensée, et il nous a paru intéressant, après 18 mois d'expérience, de faire un bilan du fonctionnement et d'envisager comment une institution de ce type se place dans le champ de la santé mentale, et à quels besoins elle peut répondre.

II - Nous étudierons successivement :

- La place qu'occupe, dans le champ de la santé mentale, cette consultation, et ses rapports avec l'extérieur.
- Son financement et sa gestion.
- Les éléments constitutifs humains et matériels de cette organisation.
- Le mode d'accès et les mécanismes de fonctionnement.
- Puis, à l'aide d'observations, le fonctionnement pratique de la consultation.
- Enfin, les données numériques sur une année d'activité.

A - PLACE DE LA "CONSULTATION" DANS LE CHAMP DE LA SANTE MENTALE

La consultation fait partie de l'Association de la Sauvegarde de l'Enfance du Val d'Oise. Association à but non lucratif, selon la loi de 1901; appartenant au Secteur Privé, et ayant passé convention avec le Secteur Public représenté par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.

Le Ministère de tutelle est unique; le Ministère des Affaires Sociales dont la D.A.S.S. est l'intermédiaire.

Les rapports avec l'extérieur sont de deux origines :

- directs, avec les représentants de la D.A.S.S., à tous les niveaux d'intervention, puis l'Assistante Sociale de Secteur jusqu'à l'Inspection Principale, en vue d'évaluer les possibilités et les difficultés des enfants assujettis, ou requérant l'aide de ces services, (consultation proprement dite).

Puis, de mettre en place ensemble les interventions éducatives et thérapeutiques visant à prendre en charge l'enfant et son milieu de vie (guidance proprement dite).

- indirects, avec les représentants ou les équipes d'institution qui peuvent, ou ont pu, être amenés à prendre en charge les enfants temporairement, partiellement ou totalement : C.M.P.P., Hôpital psychiatrique, Foyer Départemental, Internat médico-psycho-pédagogique, Juge des Enfants et les Services Sociaux : C.A.F., Sécurité Sociale, Mutuelle Agricole, Service Social Municipal ou d'Entreprise.

Cette institution, liée organiquement au Secteur Public, mais appartenant au Secteur Privé, nous confère une souplesse de fonctionnement qui est un avantage majeur dans nos relations avec la clientèle qui, passée la phase des premiers contacts, peut sortir de la position défensive qu'elle avait organisée vis-à-vis d'une administration perçue instinctivement comme impersonnelle et toute puissante, pour établir des relations interpersonnelles infiniment plus fécondes et mobilisables.

B - FINANCEMENT ET GESTION

L'Association de la Sauvegarde qui, outre la Consultation, gère les services de l'Action Educative en Milieu Ouvert laisse à ces deux secteurs une gestion autonome.

Cette Association est financée, pour ce qui regarde la Consultation, exclusivement par la D.A.S.S. qui lui distribue des fonds appartenant au tableau I,i,e, provenant pour 80% de l'Etat (budget des Affaires Sociales), pour 10% du Conseil Général Départemental, et 10% des Collectivités Locales.

Ces fonds sont distribués par la D.A.S.S., selon deux modalités :

- au titre d'une consultation, sous forme d'un forfait par enfant, couvrant toutes les investigations diagnostiques,
- au titre de la guidance, sous forme d'un prix de journée global, pour une période renouvelable de 3 ou 6 mois en général.

La gestion interne de la consultation se fait sous la forme d'un budget complet soumis à l'Association qui en assurera le financement; budget dont les principaux chapitres sont déterminés en réunion plénière, par les membres de l'Equipe, en fonction des besoins techniques et matériels de l'organisation.

Cette gestion, autonome elle aussi, permet une grande souplesse pour le recrutement des membres de l'Equipe, l'organisation des horaires et méthodes de travail, l'acquisition de matériel technique ou de fonctionnement, le perfectionnement du personnel; réalisant cette plasticité qui permet la vie et l'indépendance conceptuelle d'une équipe multidisciplinaire.

LES ELEMENTS CONSTITUTIFS HUMAINS ET MATERIELS DE CETTE ORGANISATION

Eléments matériels

La consultation, pour l'enfant qui s'y rend et pour les adultes qui l'accompagnent, c'est d'abord un lieu avec lequel l'enfant va pouvoir prendre contact physiquement, qu'il va arpenter, explorer, humer, voire s'approprier durant son temps de passage qui ne se limite pas aux entretiens techniques.

En effet, l'enfant vit sa venue au centre comme organisée et exigée par des adultes, et ne peut se considérer comme partie prenante que si la structure d'accueil est reconnue comme valable par lui.

Nous avons été ainsi amenés à choisir un pavillon entouré d'un parc-jardin boisé qui a été aménagé en fonction des besoins du Service.

Il est souvent arrivé que le premier contact avec la consultation soit constitué par une visite des lieux, en compagnie d'un travailleur social qui en profitait pour présenter à l'enfant les différents membres de l'Equipe susceptibles de s'occuper de lui ultérieurement, et, que cette simple visite suffise à permettre à l'enfant d'accepter une consultation contre laquelle il était bloqué, à priori, notamment par la crainte que lui inspirait le pouvoir réel ou supposé de ces inconnus sur son devenir.

L'ordonnancement des locaux comprend :

- Au rez-de-chaussée :

Une salle d'accueil assez vaste, avec jeux, jouets, livres, revues, tableau et craie, vieilles machines à écrire, etc..., dont la moitié est occupée

par le Secrétariat, ce qui permet aux enfants d'établir des premiers rapports sécurisant avec les objets, puis, peu à peu, avec les Secrétaires qui ont un rôle fort important d'hôtesse d'accueil non directives, et qui représentent un élément de référence stable et toujours disponible au cours de leurs différents passages au centre.

Une salle de réunion de synthèse permettant de recevoir, non seulement l'équipe au complet, mais les visiteurs extérieurs jouant un rôle dans les décisions ou les interventions concernant l'enfant.

Une cuisine permettant, outre la journée continue, aux différents membres de l'Equipe, de communiquer plus librement, ainsi qu'aux enfants de lointain domicile de prolonger leur séjour, et partant les investigations.

- Les 2 étages sont aménagés :

En une suite de pièces comprenant les bureaux des membres de l'Equipe, une pièce d'entretien pour petits groupes, un atelier de peinture, et une pièce d'examen somatique avec son matériel.

- A l'extérieur, dans un garage :

Est aménagée une salle de psychomotricité autonome avec son matériel.

Pour terminer, signalons : 1 voiture légère de service pour les visites, à domicile, des travailleurs sociaux, en vue de tâches éducatives, ou pour aller chercher les enfants chez eux, en vue des examens au centre; et un Mini-car pour effectuer le ramassage d'enfants regroupés, d'enfants de famille nombreuse, d'institution, ou venant assister à un atelier thérapeutique.

- Eléments humains :

Nous avons déjà vu apparaître les deux Secrétaires qui, outre leur travail, purement technique, d'enregistrement de tous les actes de la consultation et de la guidance ultérieure devant figurer au dossier, assument l'accueil des enfants et l'organisation matérielle des rendez-vous.

Viennent ensuite les Membres permanents de l'Equipe soignante comprenant :

- Un Directeur : Educateur spécialisé de formation, il a un rôle technique au sein de l'Equipe dont il assume la responsabilité. Il est en outre chargé de la coordination, toujours délicate, entre les services extérieurs de tutelle, et le travail fourni par l'équipe, pour les enfants adressés par eux, ainsi que de la gestion financière du Centre.

- Les Travailleurs Sociaux :

- . un Travailleur Social féminin ayant reçu formation d'Assistante Sociale
- . deux Travailleurs Sociaux des deux sexes, éducateurs spécialisés.

Ces trois membres de l'Equipe étant, plus particulièrement, chargés de la préparation de la famille et de l'enfant à la venue à la consultation, de la quête anamnastique et catamanastique par la poursuite de contacts réguliers dans le milieu naturel, rentrant alors, pratiquement, dans le cadre d'une Action Educative en Milieu Ouvert, complémentaire de celle effectuée au Centre; enfin, de l'organisation d'ateliers de thérapeutique par le jeu.

- Deux Psychologues qui, outre leur action technique spécifique, (psychométrie, tests projectifs) assurent le fonctionnement d'un atelier d'expression graphique et assument un certain nombre de prises en charge psychothérapiques.

Parmi les membres à temps partiel, nous trouvons ensuite :

- Un Psychiâtre, à mi-temps, dont les activités sont très diverses, allant du simple examen neuro-psychiatrique jusqu'à la prise en charge d'un enfant, voire d'une famille.

- Un Psychiâtre vacataire, spécialisé dans la relaxation.

- Un Pédiatre, chargé de l'examen somatique et du débrouillage éventuel des problèmes pathologiques organiques, liaison avec Médecin omnipraticien, Hôpitaux, Dispensaires etc...

- Une Psychomotricienne, permettant d'effectuer d'une part les bilans psycho-moteurs et, d'autre part, une rééducation psychomotrice.

"L'EQUIPE"

L'ensemble de ces 12 personnes constitue donc bien le Groupe Multidisciplinaire permettant de faire face aux différents besoins d'un tel centre de guidance. Mais, une remarque importante doit être faite, dès maintenant, en ce qui concerne le fonctionnement interne, l'ambiance, le dynamisme propre de ce groupe qui, plus qu'une juxtaposition de compétences et qu'un arsenal thérapeutique diversifiés, réalise une équipe soignante symbiotique.

Dès l'ouverture du centre est apparue une "volonté d'horizontalité" dans les rapports à l'intérieur de l'équipe, qui refusait les notions de hiérarchie, de pouvoir technique prépondérant, de durée et d'intensité plus ou moins grande de l'intervention, en fonction du statut du thérapeute ayant établi une relation interpersonnelle avec l'enfant ou sa famille. Cette orientation s'est faite dans le but d'éviter la sécrétion progressive et pyramidale d'une étiquette diagnostique qui, si elle est intéressante pour la recherche ou l'édification des techniciens de la santé mentale, ne répondait nullement à la demande d'aide souvent dramatique de notre clientèle.

Il nous est donc apparu, à travers cette expérience, que le fait, pour tout travailleur de la consultation de se sentir autorisé à nouer des relations interpersonnelles profondes avec tel ou tel membre de l'atmosphère d'un enfant ou l'enfant lui-même, permettait à l'équipe de bénéficier d'une richesse d'information passionnante, et la dotait de moyens d'action puissants à tous les niveaux de l'intervention souhaitable de même qu'elle permettait, d'une certaine façon, à l'enfant de faire un choix à l'intérieur de l'équipe, en fonction des possibilités du moment. Ce qui est très important dans la mesure où l'enfant n'était jamais demandeur à priori, parfois par l'intermédiaire de ses parents naturels, mais, le plus souvent, par le biais totalement étranger pour lui d'un enseignant, d'une Assistante Sociale, ou de Service de l'Aide à l'Enfance.

LE MODE D'ACCES ET LES MECANISMES DE FONCTIONNEMENT

Etant donnée la particularité de financement du Centre, il est important d'étudier d'abord la frange de population qui a accès à ce Centre.

En première approximation, l'on peut dire que la clientèle arrive au Centre de deux façons différentes :

- soit en provenance du Secteur de l'Aide à l'Enfance, (anciens enfants de l'A.P., qui ont fait l'objet d'une décision de placement).

- soit du Secteur Prévention, cas de familles naturelles qui demandent une aide éducative, alors qu'aucune ordonnance de retrait du milieu familial n'a été établie.

En fait les choses ne sont pas aussi simples, et tous les intermédiaires peuvent se voir. En effet, les enfants de l'Aide à l'Enfance ont des statuts très divers selon l'emprise légale de l'Administration, allant de celui de recueilli temporaire (ou R.T.) où l'enfant est simplement hébergé par l'Administration, devant des circonstances d'urgence auxquelles la famille ne peut faire face temporairement, et peut ne durer que quelques jours, jusqu'à celui de Pupille lorsque la déchéance parentale a été prononcée, en passant par celui de garde provisoire et de garde définitive, toutes deux déclarées sur ordonnance judiciaire, mais préservant les droits des parents sur l'enfant en dehors du lieu d'habitation.

Dans tous les cas, c'est l'Administration qui est demanderesse pour ses enfants en placement nourricier, ou les institutions devant des difficultés éducatives, scolaires ou professionnelles, signalées par les A.S. de Secteur, ou les Chefs d'Etablissements. Tandis que les enfants du Secteur Prévention sont au

foyer naturel, dans la population générale, et que ce sont les parents qui sont amenés à demander une aide devant une difficulté éducative, rarement spontanément mais toujours avec leur accord et participation.

En fait, on conçoit donc bien que la ligne de partage de la clientèle soit très mobile, dans la mesure où des parents peuvent faire appel à la Prévention dans le temps où leur enfant est sous la menace d'une action judiciaire; ou bien, une Assistante Sociale de Secteur faire un signalement, dit de danger moral à la Prévention qui peut très vite déboucher sur une mesure de retrait temporaire, ou enfin lorsqu'un enfant, de l'Aide à l'Enfance, est vu avant son adoption et va, ainsi, retraverser la ligne au cours de son passage à la consultation.

En ce qui concerne l'origine géographique d'un enfant, pour l'heure, elle est calquée sur le Secteur que couvre la D.A.S.S., c'est-à-dire le Département, mais, pour des raisons de rentabilité technique, il semble nécessaire qu'au fur et à mesure de l'essor de l'équipement du Département en dispensaires ou antennes mobiles locales, le secteur se rétrécisse à la région urbaine : PONTTOISE-CERGY.

Une fois prise la décision de nous présenter l'enfant ou la famille, par le service responsable, quel que soit son mode d'alerte, le premier stade de la consultation débute avec la mise en place de la réunion préparatoire.

Cette dernière est organisée entre, au moins, deux membres de l'équipe disponibles et le, ou les, demandeurs administratifs d'une consultation (Directeur d'Etablissement, Assistante Sociale de la Préfecture) et destinée à étudier les données prééxistantes rassemblées par l'Administration, donnant une idée de l'insertion socio-économique de la famille, et à entendre le rapport verbal du responsable direct, qu'il soit de la famille ou de l'enfant, sur les difficultés ayant motivé la demande. Il s'ensuit un débat analysant la demande et aboutissant à la décision de prise en charge de l'enfant le plus souvent, ou parfois, du refus lorsqu'il apparaît que le cas doit bénéficier, temporairement ou définitivement, d'un autre mode d'approche. Un compte-rendu de cette réunion est versé au dossier conjointement avec les photocopies de tous les documents inhérents au cas, si une suite est prévue.

Le temps suivant de l'intervention est celui de la prise de contact avec l'enfant et son environnement.

Celle-ci est pratiquée, essentiellement, par le Travailleur social qui va sur place recueillir des renseignements et préparer l'action de façon irremplaçable. Deux cas sont à individualiser :

- a) L'enfant se trouve dans une Institution, seul ou avec sa fratrie. Il est très important que l'équipe puisse être renseignée, très précisément, sur la façon dont il vit dans l'institution, et comment il est vécu par les différents membres du personnel qui sont en contact éducatif avec lui ; mais aussi sur ses rapports avec la fratrie dans l'établissement, s'il y a lieu ; et enfin devant essayer de faire le partage entre ce qui est réactionnel et structural, de pouvoir "prendre la température" de l'institution, de sa dynamique propre, et aussi, lorsqu'il s'agit d'une institution encore peu fréquentée par l'équipe, de se faire une opinion sur ce que peut représenter le fait de vivre dans tel ou tel centre pour n'importe quel enfant, et des possibilités éducatives offertes et pouvant être utilisées lors de la prise en charge. Ceci devant permettre une collaboration nécessaire, avec le personnel du Centre, tant au cours de la consultation et éventuellement de la guidance.
- b) Si l'enfant se trouve dans une famille, qu'elle soit nourricière ou, à plus forte raison, naturelle, il est nécessaire que le travailleur social réalise d'abord un déconditionnement vis-à-vis de l'intervention de l'équipe dont elle va être l'objet. D'autant qu'elle est parfois refusée, à priori, et souvent inconsciemment rejetée, car vécue sur un mode agressif et menaçant. Les renseignements anamnastiques en profondeur, la perception des vrais problèmes de cette famille, de ce couple, ainsi que l'ambiance naturelle de leur vie, ne pourront être connus qu'une fois les barrières défensives abaissées. En effet, sur le plan des fantasmes, le travailleur social est d'abord perçu comme un voyeur chargé de renseigner l'Administration, il est, ensuite, l'objet d'un transfert massif d'identification étant investi de tous les pouvoirs, dont celui de proté-

ger contre les dangers extérieurs qui menacent la famille; le stade suivant est celui de la coopération agissante sur un pied d'égalité; tant qu'il n'est pas atteint, et cela peut prendre du temps, aucune approche réellement féconde, et, à fortiori, aucune action éducative profonde, ne peut être entreprise sur la famille et l'enfant. Enfin, il peut prendre contact avec le milieu scolaire, les voisins, les autres membres de la famille, en fonction de ses besoins, en accord avec les parents.

Le travailleur social organise ensuite, avec les responsables de l'enfant les rendez-vous au Centre et, comme nous l'avons déjà vu, présente à l'enfant la Consultation. Puis, il fait part de tous les éléments qu'il a pu recueillir sur l'enfant et sa famille aux membres de l'équipe qui ont décidé de le rencontrer, et, en général, l'enfant est vu successivement, dans une période de temps assez court, par le psychologue, le psychiatre, et le somaticien. Mais ceci n'est qu'un schéma et rien n'est fait systématiquement, notamment le passage avec le psychiatre ou le psychologue peut être repoussé en fonction des résistances que rencontre le travailleur social dans son approche; de même, si des tests de niveau général et scolaire sont généralement pratiqués, les projectifs ne sont réalisés que sur indication précise, et le check-up somatique rarement exécuté chez les grands adolescents, sauf cas spéciaux, vu leur résistance à cette approche. A l'opposé, un bilan de psycho-motricité peut-être demandé d'emblée si des troubles de l'organisation spatiale ont été signalés dès le départ.

Chaque examinateur est chargé de rédiger un compte-rendu de ses rencontres avec l'enfant, ainsi qu'avec le ou les parents, éventuellement, destiné à figurer au dossier dactylographié.

La durée assez brève de ce bilan est liée au fait qu'à ce stade il est souvent urgent de réunir rapidement les données permettant d'organiser une réunion de synthèse, afin de décider de la prise en charge au titre de la Guidance qui, elle, permettra d'approfondir à loisir toutes les investigations au cours de la prise en charge thérapeutique.

En fait, l'évolution actuelle se fait de plus en plus vers une suppression de cette opposition : temps diagnostic bref - temps thérapeutique à moyen ou

long terme, au profit d'une prise en charge conçue comme thérapeutique dès le début, et durant plus ou moins longtemps en fonction des indications diagnostiques recueillies chemin faisant.

L'étape suivante est constituée par une réunion dite de synthèse, à laquelle participent tous les membres de l'équipe qui ont abordé l'enfant et son milieu, mais aussi les responsables administratifs qui ont demandé et confié l'enfant au centre. Cette réunion se déroule schématiquement en trois temps :

- Il y a d'abord un exposé de toutes les données rassemblées par chaque technicien administratif et spécialiste du centre, sur l'histoire de la famille, le milieu de vie, la fratrie et l'enfant.
 - Puis une confrontation générale à partir de ces bases permettant l'établissement d'un profil "socio-dynamique" du cas étudié, et les indications thérapeutiques idéales souhaitées qui en découlent.
 - Enfin une décision sur les modalités pratiques de l'action à entreprendre consistant d'abord à savoir si le centre peut en être chargé ou, à défaut, vers quel service l'enfant doit être orienté.
- Ensuite, si la prise en charge est décidée par le centre, qui se chargera, et par quel moyen, de suivre l'enfant et d'agir sur les différents éléments de son milieu jugés pathogènes.

Le terme final de la consultation proprement dite est concrétisé par :

1°) La réalisation d'un Rapport de Consultation qui est préparé par le Directeur du Centre ou le Travailleur social chargé de l'enfant. Il comprend, outre une synthèse des renseignements biographiques connus à ce stade sur l'enfant et sa famille, les éléments principaux tirés des examens des spécialistes du centre, ainsi que de la réunion de discussion et les décisions pratiques qui y ont été prises. Ce rapport, élément constitutif du dossier, est destiné à être communiqué aux Equipes Médico-Psycho-Pédagogiques qui pourraient être amenées à s'occuper de l'enfant, dans l'immédiat ou ultérieurement, ainsi qu'à tout Médecin praticien ou hospitalier l'ayant en charge. Il en est par ailleurs adressé

systématiquement un exemplaire à l'Inspection de la D.A.S.S. qui a demandé la consultation et pourra en donner communication aux personnes assermentées de l'A.S.E. qui ont la charge de l'enfant.

2°) Un rendez-vous de fin de consultation avec l'enfant, afin de lui expliquer ce qui a été décidé pour l'aider. S'il va être orienté vers une autre équipe, le contact, avec elle, sera organisé par le travailleur social qui s'est occupé de l'enfant. S'il doit continuer à être pris en charge par l'équipe, c'est le membre qui en sera responsable qui est chargé de lui en expliquer et de fixer avec lui les modalités.

Nous allons être amenés, maintenant, à définir les formes que peut prendre cette Guidance, que nous avons vue, en fait, parfois débiter dès le premier contact avec le Centre.

- La durée de cette prise en charge est très variable, allant de moyen à long terme, administrativement, elle est renouvelée tous les 3 ou 6 mois jusqu'au tarissement des besoins.

- Celui qui l'assure est, au départ, celui qui en a été chargé lors de la réunion de synthèse, mais toute l'équipe est solidaire de la prise en charge et à tous moment, il peut faire appel à l'un de ses membres. Ceci pouvant survenir dès le début, lorsqu'il aura décidé d'adjoindre une aide éducative de la famille à celle dont bénéficie l'enfant au Centre, mais aussi secondairement, lorsqu'il apparaît, au cours de la guidance, que des explorations spécifiques, relevant d'un autre travailleur, doivent être lancées en vue de préciser le diagnostic ou l'anamnèse de l'enfant ou de sa famille; ou bien lorsqu'il apparaît souhaitable que l'enfant soit l'objet d'une intervention thérapeutique complémentaire.

De toutes façons, quelles que soient la facilité ou, au contraire, les résistances, ou obstacles rencontrés par celui qui assume cette aide à l'enfant, il sera amené à confronter l'efficacité de son action avec l'expérience particulière de tel ou tel membre de l'équipe, à titre individuel au gré de ses besoins.

- Enfin, des réunions d'évaluation sont programmées, de loin en loin, pour que l'équipe soit tenue au courant de l'évolution, puisse en contrôler les modalités et réorienter éventuellement l'action entreprise ; ces réunions peuvent être convoquées en urgence, par le Travailleur chargé du cas, devant l'apparition de faits nouveaux susceptibles d'influer sur la conduite à tenir. Ces réunions comprennent, soit uniquement les membres de l'équipe, soit aussi des agents extérieurs dont la collaboration est nécessaire pour l'évolution ultérieure.

L'ensemble réalisant un encadrement à la fois formateur et sécurisant pour le membre de l'équipe qui est en charge.

De divers types d'intervention qui rentrent sous l'appellation de Guidance, il faut d'abord opposer celles qui ont lieu au Centre de celles qui peuvent se placer en milieu dit ouvert.

Les guidances réalisées au Centre sont globalement de 3 types :

1°) Psychothérapies individuelles

L'enfant vient au centre par ses propres moyens, ou le Travailleur social l'y amène régulièrement, en général une fois par semaine, pour son rendez-vous avec le psychiatre ou le psychologue-clinicien. Les techniques utilisées sont évidemment variables, suivant le cas, et comprennent essentiellement :

- des psychothérapies analytiques exceptionnellement
- des psychothérapies de soutien d'inspiration analytique mais sans interprétation du transfert,
- des psychothérapies centrées sur le client, de type Rogerienne,
- des psychothérapies par le jeu,
- psychothérapie de relaxation
- rééducation psychomotrice enfin.

2°) Psychothérapies de groupe

isolées ou complémentaires des précédentes et comprenant surtout :

- des groupes pratiqués par les éducateurs spécialisés, inspirés du socio-drame et de la psychothérapie par le jeu,
- un atelier d'expression graphique de peinture,
- un groupe de psychomotricité éventuellement.

3°) Surveillance somatique

- Elle peut être effectuée par le pédiâtre pour débrouiller un état somatique déficitaire, dépisté lors de la consultation ou apparaissant en cours de guidance, comprenant les liaisons avec l'hôpital général ou l'omnipraticien familial.
- Elle est assurée par le psychiâtre en ce qui concerne la surveillance et l'éventuelle modification d'une chimiothérapie relevant de sa compétence, en collaboration avec le Médecin omnipraticien habituel de l'enfant.

Cette guidance "somatique" n'est jamais isolée et ne vient qu'en complément d'autres techniques.

Les guidances assurées en milieu ouvert

Elles visent à faciliter l'action de celles pratiquées au centre, en tendant à sensibiliser, voire à modifier, le milieu de vie de l'enfant, pour aider à son insertion ou à sa réadaptation.

Elles sont assurées par les Travailleurs sociaux qui en ont la lourde charge, mais à l'occasion par tout membre de l'équipe devant des circonstances particulières.

Cette action éducative peut porter sur l'enfant lui-même :

- devant un refus initial de venir au centre, mais l'acceptation de rencontres près de sa maison, ou à la sortie du lycée,
- devant une impossibilité technique : trop grand éloignement - détention - hospitalisation.

mais surtout sur le milieu, c'est-à-dire :

- la mère ou nourrice au foyer, durant la journée, lors d'un moment tranquille;
- les parents ensemble, ou le père seul au retour du travail;
- les autres membres de la famille, éventuellement;
- l'institution où demeure l'enfant;
- les enseignants qui s'en occupent à son école.

FONCTIONNEMENT PRATIQUE DE LA CONSULTATION

L'étude d'un certain nombre d'observations va maintenant venir éclairer cette méthode d'approche particulière qu'est celle d'un centre de guidance infantile au service de l'aide à l'enfance.

1ère observation

La première observation concerne une fratrie de 7 enfants qui avait dû être retirée d'urgence de sa famille pour être placée dans un foyer départemental et dont la prise en charge d'un membre avait entraîné celle de la fratrie dans son ensemble, puis de la famille naturelle évitant ainsi l'éclatement de celle-ci pour le plus grand bien de tous ses membres.

La famille DEP... vivait dans un pavillon d'Argenteuil et successivement étaient nés au foyer :

- Marc, le 9.9.55
- Daniel le 26.8.56
- André le 21.8.57
- Christiane le 11.11.58
- François le 8.11.59
- Suzanne le 7.2.61
- Elisabeth le 16.10.63.

tandis que décédaient en 56 et 62 deux fillettes en bas âge. L'équilibre familial était à peu près conservé, lorsque en 1966 survint le décès du père. La mère qui avait alors 34 ans, se mit en ménage avec un chiffonnier, ancien légionnaire, Mr STE..., né en 1925, éthylique et violent lorsqu'il était pris de boisson. Dès lors, la situation se dégrade peu à peu, et le 23.11.68 M. STE...

donna un coup de couteau dans l'abdomen de Mme DEP.... Il en résulta l'intervention de Police-Secours qui emmena la mère à l'hôpital, puis le père au dépôt, et enfin les enfants au Service de l'Aide à l'Enfance. Une mesure de recueil temporaire fut instituée et les enfants placés au Foyer Départemental d'O... Peu après Mr STE... fut mis en liberté provisoire et début Janvier Mme DEP... sortit de l'hôpital et réclama ses enfants. Etant donné le contexte social tel qu'il était apparu lors de l'enquête des Services Sociaux locaux, les services de l' A. S.E. n'y étaient guère favorables, comme par ailleurs il était apparu à ceux qui avaient en charge les enfants que ceux-ci présentaient un retard important de maturation le Directeur de l'établissement et DASS demandèrent à la Consultation de voir Suzanne qui présentait le plus de troubles du comportement à O...

Le 20.2.69 eue lieu la Réunion Préparatoire où, en dehors des éléments, vus plus haut nous apprîmes qu'à la maison vivait un frère de Mme DEP... qui était un éthylique notoire plus ou moins sans travail, et qu'il était copropriétaire avec sa soeur, qui ne pouvait donc s'en séparer. Il fut décidé de prendre contact à O... et d'emmener Suzanne au Centre.

Le 3.3.69 elle était vue par la psychologue qui notait :

Niveau mental et scolaire

. Binet-Simon pratiqué il y a un mois, notait un Q.I. homogène à 70. Ici lors de l'entretien, le niveau est apparu sous-moyen, mais l'estimation est précaire devant la grande inhibition de cette enfant. A noter un défaut de prononciation : les gutturales étant dentalisées.

Personnalité :

. Très instable dans son comportement. Préoccupations identiques à celles d'Elisabeth vue à O. "Un monsieur boit un coup parce que ça fait du bien" - modelage de bouteilles de vin pour commencer ! - Sa vie familiale n'a pas permis l'installation d'images parentales sécurisantes. Sa fratrie est un élément très important de sécurisation, dont il ne faudrait pas la couper. Une évolution

quelconque de sa personnalité nécessitera d'abord qu'elle se sente au calme et en sécurité.

Le 4.3. elle passait un examen somatique qui était normal, puis était examinée par le psychiatre qui notait :

" Enfant très timide, très inhibée, parlant d'une voix éteinte - terreurs nocturnes - retard scolaire, mais développement psycho-moteur normal... A perçu les disputes du "tonton" et de la mère; ces disputes lui font peur. Cependant Suzanne apparaît attachée à sa famille, et voudrait retourner chez elle. Manifestations anxieuses chez une fillette ne présentant par ailleurs, actuellement, de troubles majeurs. Mais cette anxiété liée à un milieu pathogène, risque de trouver son évolution dans des troubles franchement pathologiques dans un avenir relativement court, si les mêmes conditions président à son développement".

Le 18.3. au cours de la réunion de synthèse, en accord avec la représentante de la DASS, et le Directeur d'O..., un maintien temporaire à O... était décidé afin de pouvoir prendre contact avec la famille, et de pouvoir suivre Suzanne en la faisant participer à un atelier d'expression graphique. Cette guidance de groupe devait démarrer fin Mars et avec les interruptions des congés, se prolonger jusqu'en Juin 70, soit pendant plus d'un an.

Le démarrage se fit péniblement, Suzanne extériorisait une instabilité psychomotrice importante; elle se roulait par terre, criait, tempêtait, avait un comportement scotophile vis-à-vis de la psychologue qui organisait les séances. Elle réalisait une quête frénétique de valorisation; accaparant l'adulte, exclusive, ou exigeant que les autres enfants soient des spectateurs ou s'opposant à eux fortement.

- Elle fut ensuite capable de verbaliser le désir d'être seule avec l'adulte; de la gêne qu'entraînait la présence des autres. En fin de séance souvent elle prenait une position foetale avec l'adulte.

- Sur le plan pictural elle s'exprima d'abord par une maison isolée très simple, qui sera répétée identique de nombreuses fois, puis elle va s'enrichir peu à peu, peuplant l'espace intérieur et extérieur. Vers la douzième séance apparaît le soleil. A cette phase figurative va succéder un intervalle où Suzanne peignait surtout des taches de couleur plus ou moins juxtaposées.

- Vers le mois de Mars 1970, qui correspond presque à la moitié des séances, survint ce que la psychologue appelle le moment-clé : Suzanne la première put verbaliser le problème posé par le défaut parental dans l'existence quotidienne des enfants de l'atelier, qui tous provenaient du Foyer Départemental. Elle écrivit sur sa feuille Papa et Maman, un autre enfant de l'atelier libérant une soudaine angoisse vint barbouiller ces mots et à partir de là, entre enfants s'installèrent des échanges bien plus importants. Suzanne se transforma en organisatrice, aidant les autres à se situer dans le groupe, les uns par rapport aux autres et vis-à-vis des parents. Chacun put alors parler de sa famille et Suzanne parla de son père, mort, et de celui qui lui avait succédé.

- Elle commença à parler de sa fratrie et s'occupa beaucoup de François à O... Dans le même temps ses dessins se transformèrent avec d'abord l'apparition de fonds uniformes colorés, sur lesquels elle représenta ensuite des scènes animées avec des personnages sexués.

- A partir de celà, le groupe toujours orchestré par Suzanne, se mit à verbaliser un flot de préoccupations sexuelles, sur les origines, sur les caractères sexuels secondaires, sur le rôle des parents, etc...

- Parallèlement vers Mai 70, deux préoccupations s'emparèrent de Suzanne : d'abord organiser un vrai repas avec tous les enfants de l'atelier de peinture et ensuite, étendit ses invitations aux plus grands de l'atelier de psychothérapie par le jeu qui se réunissaient le jeudi, aussi, dans le Centre. Enfin un investissement épistémophile à orientation scolaire, et alors qu'elle n'avait jamais été scolarisée, elle se mit à écrire, plus qu'à peindre : son nom, son prénom, celui des autres enfants, des chiffres, etc...

- Enfin fut abandonnée définitivement la position foetale lorsqu'elle était fatiguée.

Mais nous estimions qu'une amélioration plus complète ne pouvait se réaliser, que dans le cadre plus vaste de la fratrie et de ses rapports avec les parents.

Le 10.10.69 nous eûmes une deuxième manifestation de la DASS au sujet des enfants DEP... Il s'agissait cette fois de procéder à une évaluation de François et Christiane, en vue d'un placement nourricier, qui semblaient ne plus pouvoir bénéficier de leur séjour à O... et réclamer une image maternelle plus tangible.

La Réunion Préparatoire eut lieu le 15.10. Les deux enfants furent amenés d'O. ensemble, et leur consultation s'étendit du 24.10 au 4.11.

Christiane ;

L'examen psychologique montrait :

"Enfant réservée, sur la défensive, qui sourit rarement, se situe mal dans le temps (ne connaît pas sa date de naissance); aime beaucoup s'occuper de sa petite soeur, souhaite retourner chez sa mère.

Enfant très en retard, ceci semble dû à une acculturation très importante non seulement scolaire mais également dans la vie quotidienne (ne sait pas combien il y a de jours dans la semaine - dit que le sucre s'achète dans une charcuterie !).

Vocabulaire très pauvre, connaissances arithmétiques faibles. Christiane est gauchère, dessine de la main gauche, mais dans les épreuves de latéralité, utilise le pied et l'oeil droits. Il se pourrait que mal latéralisée, elle soit dyslexique, mais ne sait pour ainsi dire pas lire.

Dans les épreuves du WICS elle se place dans la moyenne. Dans les épreuves projectives, elle paraît s'identifier à l'enfant qui en a assez du travail "domestique" imposé. La figure maternelle est vue comme répressive, imposant les

activités de la maison, sans tendresse, pour être constamment aimée de la mère, il faut être un garçon. Au total, présente un assez gros retard sur tout ce qui demande un acquis culturel même banal. Une partie de ses difficultés scolaires est accrue par des problèmes d'origine affective et relationnelle. On peut envisager une aide individuelle à travers une rééducation".

L'examen somatique était normal.

L'examen neuro-psychiatrique précisait : "latéralisation et organisation spatiale défectueuses. Acquis scolaire pratiquement nul, difficultés articulatoires. Niveau intellectuel faible sans que l'on puisse parler de débilité. La carence du milieu a été telle que la récupération risque d'être limitée. Absence de manifestations psycho-pathologiques par ailleurs".

François :

L'examen psychologique montrait :

Petit enfant pâle d'âge apparent de six ans, un défaut de prononciation donne encore plus de poids à cette première impression. L'examen confirme cette apparence, son retard est global, tant au point de vue affectif qu'intellectuel.

Sur le plan intellectuel, le retard est homogène (Q.I.G.=70) la différence entre verbal et performance est négligeable; l'appareil conceptuel de François est quasiment inexistant.

Sur le plan affectif, François est très peu structuré. Il reste attaché à la fratrie et à ses parents de façon très immature. Le rêve et la réalité cohabitent sans qu'il différencie les plans. Le retard de François est grave. Un travail auprès de lui serait nécessaire et urgent. Pourtant l'action ne pourra être bénéfique que si François n'est pas coupé de sa fratrie, celle-ci étant son point d'ancrage, sans lequel il ne pourra progresser.

L'examen somatique constatait l'hypotrophie globale et envisageait de faire pratiquer un bilan permettant au médecin de l'établissement d'instituer un traitement.

L'examen psychiâtrique concluait :

" Arriération intellectuelle et affective globale, insuffisance staturo-pondérale; débilité mentale, absence de manifestations caractérielles".

La Réunion de Synthèse eut lieu le 4.11.69 : Devant les éléments parlant, en faveur de l'importance de famille et fratrie, il est décidé de surseoir au placement, qui d'ailleurs ne pourrait se faire qu'avec le bloc des quatre plus jeunes. Enfin une prise en charge des deux enfants est décidée, avec une rééducation psycho-motrice, pour Christiane, et une psychothérapie individuelle par le jeu, et la verbalisation pour François dont est chargée la psychologue.

Christiane est prise en rééducation de psycho-motricité à mi-décembre.

Le but : passer par la connaissance de son corps pour entraîner une association, une meilleure perception de l'image maternelle. En effet il n'existait pas de relation mère-fille, si ce n'est que la mère se déchargeait d'une partie de ses responsabilités sur sa fille, qui devenait alors l'enfant adulte (tâches ménagères - soins des frères et soeurs, plus jeunes). Il fallait donner à Christiane la possibilité d'être une petite fille, la possibilité de jouer. De tout ceci, il ressortait un comportement très réservé : une enfant secrète, émotive, se rongant les ongles, se mordillant des lèvres... Sur le plan psychomoteur, il existait une non-intégration du schéma corporel - pas de latéralisation du corps, ni d'orientation de l'espace. Par ailleurs on constatait une arythmie pour les rythmes lents et moyens - une inversion des syllabes - une écriture de droite à gauche de la main gauche, entraînant nombre de difficultés scolaires, ce qui ennuyait beaucoup Christiane. Elle faisait preuve d'une bonne mémoire visuelle, d'une bonne compréhension et d'adresse dans les activités manuelles malgré certaine raideur au niveau des doigts.

La guidance sera donc menée avec deux objectifs : valoriser l'enfant en elle-même et sur le plan scolaire.

Etant donné l'inhibition au départ, il s'agit d'une rééducation pure donc des exercices qui permettent de mieux lire - mieux écrire - la relaxation permet une prise de conscience du corps. Des exercices spécifiques au niveau des mains

(jeux de cartes - tissage ...) mettant en évidence qu'elle est ambidextre avec une légère prédominance à droite. Or elle aimait dire qu'elle était gauchère "comme maman", prenait les objets avec la main droite avant de les mettre dans la main gauche, démontrant ainsi la somatisation de ses difficultés affectives et ses répercussions scolaires. Au niveau de l'oeil et du pied Christiane est droitnière.

Après quelques mois, on envisage avec le Directeur d'O. l'écriture à droite, Christiane accepte et parvient à de bons résultats, et est heureuse de cette évolution.

A partir du mois de février 1970, elle parle spontanément lors des exercices de gymnastique et de relaxation, de sa famille, de la mort de son père - de son oncle "fou" (il avait tenté d'abuser d'elle) qui étaient jusque là des sujets tabous.

Un peu plus tard, elle parle avec beaucoup d'intérêt de la naissance, des bébés, du couple...

Fin juin, la latéralisation et le schéma ne posaient plus aucun problème. Les progrès scolaires étaient importants et perçus comme tels avec beaucoup de gratitude vis-à-vis de la psycho-motricienne. Elle envisage même son rôle de femme et les responsabilités qui en découleront dans le mariage et la maternité.

François a été pris en charge pendant trois mois seulement en entretien individuel avec la psychologue.

Et alors qu'il était apparu comme débile, presque mutique lors de la consultation, à la faveur de la manipulation de la pâte à modeler, il pût réaliser, puis verbaliser des préoccupations angoissantes. Ainsi, il se mit à modeler un bateau sur lequel se trouvait une voiture et un homme. Il déclara alors que le Monsieur avait eu un accident de voiture, qu'il était mort, et réalisa une tombe où il mit le "Monsieur" qu'il somma d'une croix. Après un silence, il dit alors : "C'est mon Papa..." Puis il refit un "nouveau Monsieur" qu'il remit sur le bateau et qui s'en alla à la maison avec le bateau et la voiture (le beau-père).

Il raconta alors que son père était mort, mais qu'on ne pouvait pas en parler à la maison car un nouveau père était arrivé. Il exprima ensuite son anxiété de ne pas pouvoir en parler avec Maman.

Plus tard, il expliqua qu'il était bête, trop bête pour avoir des camarades à O... , que personne ne voulait de lui pour jouer car "on dit que je suis bête"... "heureusement il y a la famille". D'ailleurs il n'acquiesce une certaine autonomie que par l'intermédiaire de Suzanne qui en le maternant lorsqu'elle en fut capable (cf. atelier ci-dessus) arriva à le sécuriser suffisamment.

Enfin, au moment où le retour à la maison se profila à l'horizon, il extériorisa une énorme joie qu'il ne pût maîtriser que peu à peu.

A l'aide d'un magnétophone, il enregistra un discours explicatif à destination d'Elisabeth, la toute petite, pour lui raconter la nouvelle, et tous les avantages qu'il y aurait pour elle à retrouver la maison; la fois suivante, il demanda à écouter l'enregistrement et tout au long, il retraduisit oralement à son usage personnel ce qu'il expliquait à Elisabeth, se l'appropriant réellement.

Début Janvier, nouvelle manifestation de la mère auprès des services de l'A.S.E. réclamant ses enfants. Une demande de signalement en vue d'en obtenir la garde, est un moment envisagée par ces services. Aussi une Réunion d'Evaluation est organisée rapidement le 10.2.70 afin de voir si on ne peut éviter cette extrémité. On finit par parvenir à un accord sur les bases suivantes : le travailleur social féminin sera chargée de prendre contact avec la famille sur place, et de la suivre régulièrement pour lui expliquer ce que l'on fait actuellement pour ses enfants, voire s'il est possible d'avoir une action éducative suffisante pour que l'on puisse envisager de leur rendre leurs enfants; l'ASE prenant en charge leur scolarité et la Prévention la poursuite des actions entreprises.

La guidance de cette famille vivant dans des conditions socio-économiques précaires depuis le décès du père, mais très attachée à ses enfants, comme en témoignaient les nombreuses visites à O..., débute fin février. Après une phase d'étude réciproque montrant d'une part que la chaleur affective existe dans des

conditions normales, et que "l'incident" de novembre 68 était une exception; d'autre part que l'ambiance culturelle est insuffisante. Peu à peu au fil des visites s'établit une coopération qui permet de dédramatiser les rapports avec l'administration, et d'envisager en juillet le retour de l'aîné Marc, qui entre-temps, avait dû quitter O... pour une poussée de R.A.A. et était en établissement de post-cure. Début Août 70, au retour de colonie du second, Daniel il fût possible de le réintégrer dans sa famille. Enfin, le retour de tous les enfants restant à O... put être organisé fin Août, au retour des placements d'été en colonie. Actuellement, les trois aînés ont été placés à MONT..., dans un internat avec retour au foyer familial aux vacances et week-end, où un rattrapage scolaire doit permettre leur réinsertion scolaire cette année; cette aide étant financée par l'A.S.E. Quant aux trois filles, et à François, ils sont à l'école primaire de leur localité, car il n'a pas été possible de trouver mieux pour l'instant comme externat. Les actions éducatives au Centre ont pu être arrêtées devant le caractère chaleureux de l'accueil qui est désormais fourni aux enfants et l'amélioration des relations du couple. L'action éducative sur place par le travailleur social, pour toute la famille est seule continuée actuellement.

Cette observation est intéressante dans la mesure où elle montre la complexité de tels problèmes socio-économiques, qui ne peuvent être abordés valablement que par un travail de toute l'équipe en collaboration étroite avec les services sociaux qui ont la responsabilité des enfants sur le plan légal.

2ème Observation

La deuxième observation concerne Jeanine SIE..., une adolescente, née le 16.3.1951 à Caracas, d'une mère Polonaise et d'un père Métis, qu'elle n'a pas connu. Sa mère, qui mène une vie assez tumultueuse, dans laquelle la prostitution semble avoir été un élément de base, se marie, en 1958, à Monsieur SIE... qui légitime l'enfant, mais ne semble pas avoir eu de métier déclaré non plus.

La mère, dans les derniers temps de sa vie, était devenue éthylique, et le beau-père s'occupa de plus en plus de la fillette; ce qu'elle supportait avec un certain plaisir jusqu'au soir de Juin 1967 où, ayant enivré sa femme, il tenta d'abuser de Janine. Devant les cris de celle-ci, les voisins s'interposèrent et M. SIE... fut incarcéré tandis que sa femme partait à l'hôpital pour y être soignée. Elle devait décéder en décembre 1967 d'une tumeur médullaire; tandis que m. SIE... se voyait condamné à 5 ans ferme de réclusion criminelle.

Pendant les événements, Janine demeure seule à la maison, plus ou moins prise en charge par le milieu sous-prolétarien du H.L.M. d'Argenteuil où avaient habité ses parents. Elle culpabilisa de façon si importante qu'elle cessa toute scolarité (elle était en 3è au Lycée) et se jeta dans la boisson qu'elle abhorrait jusqu'ici. Les Services Sociaux, finalement alertés, s'émurent et la placèrent dans un foyer éducatif lui permettant de reprendre sa scolarité, à son Lycée, avec le statut de Recueillie Temporaire, à dater de Septembre 1967.

Pendant un an, à ce foyer, elle dissimula plus ou moins son intoxication, mais, pendant l'été 1968, son comportement fut si provocant et exhibitionniste dans son ébriété que le Foyer ne put y faire face et le signala à l'A.S.E. qui lui fit subir une cure de désintoxication à l'Espéral à l'Hôpital de P... où elle resta du 12.10 au 15.11.68.

A cette date elle reprit ses études en première et retrouva un comportement supportable au Foyer. Mais, en Février 1969, nouvelle rechute ostentatoire avec, de plus, fugues, larçons internes, vols dans les Magasins, rendant impossible son maintien au Foyer qui la fit hospitaliser en clinique psychiatrique

semi-publique le 13.3.1969. C'est alors que devant l'ampleur du problème qui devenait incontrôlable, l'A.S.E. vint nous proposer le dossier en Réunion Préparatoire, le 4.4.1969, pour prévoir sa sortie.

Le rapport du psychiatre de la clinique interprétait les éléments ci-dessus, et préconisait une psychothérapie. Il fut donc décidé qu'elle serait vue en consultation par notre psychiatre, qui continuerait ensuite avec elle si possible.

Par ailleurs le placement nourricier chez une nourrice chaleureuse avec laquelle nous travaillerions, et une reprise de la scolarité à son Lycée étaient envisagés.

Elle sortit de Clinique le 13.4.1969 et venait à la consultation où elle voyait successivement le somaticien et le pédo-psychiatre. Ce dernier notait un niveau intellectuel supérieur, un désir de réussite scolaire, une verbalisation sur le fait qu'elle ne pouvait comprendre ce qui la poussait à boire. Il était convenu qu'elle revienne le 2.5 pour passer des tests, puisqu'elle entamerait une psychothérapie; mais elle ne vint pas. Il fut constaté qu'elle refusait l'affrontement masculin et qu'elle refusait aussi les tests "qui auraient pu la découvrir" pensait-elle.

Le 6.5.69 devant les faits, une Réunion d'Evaluation d'urgence fut organisée et une prise en charge par notre Travailleur Social féminin fut décidée. Cette dernière écrivit, téléphona, et finit par obtenir des rendez-vous avec Janine, à la sortie du Lycée, un soir par semaine.

La relation qui s'établit entre elles fut difficile au début et avec une composante homosexuelle importante, puis devint de plus en plus profonde au fil des mois, et la sécurisation jointe à la verbalisation de ce qui se passait dans leur relation, notamment au moment du mariage de notre T.S., puis de sa maternité, permit à Janine d'abandonner ce mode dépressif de relation qui fit place d'abord à un investissement scolaire considérable, avec une prudence étonnante, durant toute l'année 1969/1970, puis à des expériences hétérosexuelles timides de camaraderie, puis de flirt aboutissant, été 1970, à une sexualité normale.

Sur le plan existentiel, la fin de l'année scolaire 68/69 vit seulement un travail considérable permettant une admission en terminale, l'éthylisme et les petits vols persistants, de même qu'un comportement renfermé et méfiant vis-à-vis de la nourrice qui avait un grand besoin d'être soutenue pour tenir le choc.

Début Juillet 1969, les choses bougèrent à nouveau, de deux façons, d'abord la nourrice put accepter, sans arrière pensée, de la garder, notre action et les succès scolaires de Janine y contribuant. En conséquence un déclic se produisit chez Janine qui put lui manifester des sentiments plus authentiques, et se mit à travailler dans les champs avoisinants avec beaucoup d'énergie, gratifiant le côté hébertiste de sa nourrice.

D'autre part notre Travailleur social fut amené à lui proposer de la conduire rechercher sa bicyclette, laissée à Argenteuil, et ceci à deux reprises.

A l'occasion de ce pèlerinage sur les lieux de son passé, Janine put s'en faire une opinion objective, revivre son drame, et, en même temps, prendre de la distance par rapport à lui, et à ce monde qui avait été le sien. Elle put parler de sa mère, de son père, et se définir par rapport à eux.

A la rentrée de Septembre 1969, Janine se lance à l'assaut de sa terminale, bien insérée chez sa nourrice, ayant abandonné ses habitudes de fugues, vol et éthylisme. Les rendez-vous, toujours à la sortie du Lycée, continuent de façon plus espacés. Il avait été possible aussi de la mettre au Lycée de P... où personne ne connaissait son passé, et elle y passa une année brillante, sanctionnée, en Juin, par une mention Bien au Baccalauréat.

Pendant l'été 1970, elle put établir des relations authentiques avec les garçons. Elle décida alors de quitter le domicile de sa nourrice et réussit à convaincre celle-ci de demander à une de ses amies de l'héberger pour être plus près de l'école de Cadres féminins dans laquelle elle vient d'être admise, ayant ainsi effacé peu à peu tous les liens avec cette période abyssale de 1968/69. La Guidance est terminée.

Je pense que cette observation méritait d'être rapportée, non du fait de sa fin édifiante, presque trop (!); mais parce qu'elle montre bien l'impact que peut avoir un Travailleur social expérimenté, épaulé par une équipe solide, coopérant aisément avec les Services de l'A.S.E. sur une adolescente pour laquelle l'approche psychothérapique habituelle pouvait être envisagée logiquement, mais qui s'y opposa dès le départ, nous forçant à l'imagination.

3ème observation

Cette observation est intéressante en ce sens qu'elle objective bien la nécessité d'une prise en charge familiale, alors que les enfants sont présentés pour un trouble, en apparence, très spécifique, au Centre. Dans le cas présent, les enfants étaient un représentant médiateur direct des difficultés personnelles de la mère.

Il fut nécessaire d'organiser une psychanalyse pour cette dernière afin d'aider efficacement cette famille.

Début Janvier 1969, l'Assistante de la Prévention était saisie du signalement, par l'A.S. de secteur, des enfants BEL... Pascale et Sophie, jumelles, nées le 16.4.1966, qui demandait une mesure de retraite temporaire à la suite de sévices multiples infligés par la mère. L'Assistante de la Prévention demanda à voir la mère, et décida de nous présenter le cas, devant le désir d'aide de cette dernière.

La Réunion Préparatoire a lieu le 23.1.1969 et nous obtenons les renseignements suivants :

Histoire de la famille :

Madame BEL..., 27 ans, est d'origine tunisienne, juive non pratiquante elle-même, mais issue d'une famille matriarchale avec image maternelle rigoriste. En 1963, elle est venue à Bordeaux pour suivre des études médicales, après PCB et première année elle fait la connaissance de Mr BEL... avec lequel elle se met en ménage, et le 23.3.1965 naît le fils aîné Frédéric. Fin 1965, Mme BEL... est collée en 2è année, abandonne ses études, tandis que le couple gagne la région parisienne où il se marie car Mme BEL... attend un autre enfant. Cette deuxième grossesse est très mal vécue, la famille et la belle-famille n'apportant aucune aide "tout le monde espère que l'enfant ne vivra pas". En Avril 1966 naissance de deux jumelles, Pascale et Sophie, prématurément à 6 mois.

Monsieur BEL... a 27 ans, né à Tunis, juif pratiquant, est dessinateur industriel, issu d'une famille plus simple que celle de Mme BEL... semble assez falot.

Histoire des deux enfants :

Alors que le fils aîné est assez bien inséré et bénéficie de l'admiration maternelle, les deux jumelles de 1,460 kg qui sont transportées immédiatement Boulevard Brune, apparaissent comme fragiles, peu viables aux parents. Ceux-ci ne désirent pas les reprendre car ils sont petitement logés, que Mme BEL... est seule, etc...

Le 2.7.1966 et jusqu'au 25.10, elles sont donc placées dans une pouponnière à Montreuil, pour 3 mois, où elles comblent peu à peu leur handicap staturo-pondéral.

En Novembre 1966, comme la mère ne veut pas les reprendre, elles sont l'objet d'un placement nourricier C.A.F. dans le Val-de-Marne. En Août 1967, nouveau refus de la mère de les reprendre car elle est à Monaco, chez ses parents. En Janvier 1968, la mère demande une prolongation qui est accordée pour 6 mois, mais en Juin 1968, leur nourrice signale un comportement anormal à la C.A.F. qui leur fait passer un examen neuro-psychiatrique et entraîne en Août 1968 la remise définitive des enfants à leur mère.

Depuis cette date, la mère laisse souvent ses jumelles à la halte d'enfants et l'on constate des contusions, des pinçons et même des traces de morsures, une aide-familiale puis une auxiliaire familiale sont détachées auprès de la mère pour l'aider, mais sans succès car ces dernières sont très mal supportées et l'agressivité de Madame BEL... persiste vis-à-vis des enfants d'où le signalement à la Prévention.

Il est donc décidé de voir les enfants à la consultation, et de prendre contact avec les parents.

Le 5.2.1969 Mme BEL... vient à la consultation où elle a un premier entretien avec un travailleur social qui note que les préoccupations de Mme BEL...

sont très ambivalentes vis-à-vis de ses filles. Elle en parle de façon très critique et froide décrivant le retard à la propreté, le fait qu'elles ne savent rien faire seules, ni s'habiller, ni manger, ni se baigner, qu'elles ne savent pas marcher normalement, qu'elles doivent être arriérées. Puis, elle attaque les institutions qui les ont eues en charge, et ne se sont aperçu de rien; qui leur ont donné l'hygiène et la nourriture nécessaires mais ne les ont pas "développées". En fin d'entretien, qui a été très long, elle reconnaît avoir honte de sortir avec elles, et surtout avec Sophie qui ne sait pas descendre un escalier, qu'elle essaie de tout faire pour les forcer à se développer mais qu'elle n'y arrive pas, que c'est pourquoi elle les pince, les mord, car elle ne peut supporter de les voir comme cela. Enfin elle parle avec beaucoup d'émotivité d'elle-même, de sa vie ratée, ses études interrompues, son déclassement social, de son mari avec lequel cela ne va pas durer, pour conclure qu'elle a besoin aussi d'une aide pour elle et que d'ailleurs à la naissance on lui avait parlé (le psychiatre de la pouponnière) de suivre une psychothérapie analytique, mais que c'était trop difficile.

Le 11.2.69 un examen psychologique est pratiqué :

Sophie :

- . Motricité : niveau normal avec rigidité certaine.
- . Adaptabilité : normale pour son âge, contrastant avec le comportement quotidien qui n'utilise pas les possibilités de Sophie qui sont loin d'être stimulées.
- . Langage : retard important, acquis de 18 mois environ.
- . Relation sociale : niveau de 24 mois.

Pascale :

- . Aucune difficulté à faire passer les épreuves.
- . Motricité : niveau normal de 34 mois.
- . Adaptabilité : habileté spontanée d'un enfant de 27 mois, mais réussit de nombreux items de 30 mois.

- . Langage : retard, niveau de bébé de 23 mois, ne donne pas son nom complet, parle très peu.
- . Sociabilité : 26 mois.

En conclusion, pour les deux enfants de 34 mois, compte tenu de la prématurité de 3 mois, le retard de langage est important et le niveau moteur normal. Les relations pendant le test de GESELL sont faciles; leur développement psychomoteur sera lié directement aux relations avec la mère.

Le 14.2.69, l'examen médical somatique confirmait un développement staturopondéral satisfaisant (0,93 cm pour 13,700 kg), une démarche et des anomalies motrices des membres inférieurs, surtout chez Sophie, mais aussi chez Pascale, qui ne semblent pas avoir un caractère d'organicité à l'examen neurologique.

Le même jour, le psychiatre avait un second entretien avec Mme BEL... Il est noté : "contact facile, anxiété, grande expressivité, n'arrive pas à aimer ses jumelles, agressivité sadico-orale vis-à-vis des enfants; mais est aussi agressive à l'égard de son mari, jusqu'à susciter sa propre agressivité en retour. Epreuve l'impression de répéter des conduites de sa mère vis-à-vis de son père. Entente du couple se détériore; le mari est très peu valorisé ("bonne pâte, inerte, il fait ce que je veux, il n'a pas d'initiative"). Frigidité, prend la pilule depuis un an, auparavant terrorisée par la crainte d'une grossesse nouvelle. Mme BEL... a l'impression de ne pas avoir profité de la vie. Sentiment d'infériorité, d'échec. Attachement puissant au père jusqu'à 14 ans, puis, brusque renversement d'attitude qui s'est maintenu. Sa mère était autoritaire, tyrannique et culpabilisante, son unique préoccupation était ses enfants. Depuis le départ des enfants du foyer le ménage se détériore maintenant de façon manifeste".

En résumé : névrose hystérique très infantile avec agressivité orale passage à l'acte sur les enfants pas très culpabilisé, semble cependant en voie de décompensation actuellement; insomnie, épigastralgies, boules d'angoisse, anxiété semi-permanente.

Le 15.2.69, un travailleur social allait voir à son domicile Mr BEL... il insiste d'emblée sur l'intérêt qu'il porte à ce qui se passe actuellement "Cela ne pouvait plus durer, lui aussi allait trop fort avec les enfants. "Elles sont difficiles, et elles ont été élevées par d'autres, c'est pour cela qu'on ne les supporte pas, cela va mieux depuis 8 jours... on a besoin d'être aidés et ce qui a changé c'est que maintenant on n'est plus seuls".

C'est lui qui avait demandé à être aidé, par l'A.S. dit-il, il est très anxieux de connaître le résultat des examens de ses filles. Il est assez conscient des difficultés personnelles de sa femme, mais aussi des siennes, et semble prêt à coopérer pour des actions à venir. Il finit par comprendre quel type d'aide nous pourrions leur apporter, non matérielle, non du type aide-ménagère.

Munis de tous ces éléments, une Réunion de Synthèse est programmée pour le 18.2.69 avec l'A.S. de la C.A.F., celle de la Prévention et l'Equipe. De la confrontation des données, il résulte que Mme BEL... et son mari ont été très isolés dans les débuts de leur couple, que la naissance des jumelles, inconsciemment refusée pendant et après la grossesse, du fait de leurs propres difficultés, a entraîné une culpabilisation importante qui est devenue aiguë avec la remise des enfants, d'autant plus que celles-ci, du fait de leurs multiples transplantations étaient retardées dans leur développement psychomoteur, créant dès lors un cycle auto-entretenu entre la mère et ses filles, réactionnant toutes les frustrations du couple, et des parents individuellement par rapport à leur propre image parentale.

Il fut donc décidé une guidance triple associant :

- une action au niveau du "symptôme offert" par une rééducation psychomotrice, qui sera effectuée sur Sophie et Pascale conjointement par une kinésithérapeute locale, en ayant l'expérience et acceptant de travailler avec le Centre vu l'éloignement du domicile (Sarcelles), dans le but de dédramatiser les relations avec l'adulte.

- Une action éducatrice à leur domicile par un travailleur social afin "qu'ils ne se sentent plus seuls".

- Une action psychothérapique spécifique sur Mme BEL... qui sera effectuée par le psychothérapeute affilié au Centre et dont le domicile est proche de celui de Mme BEL..., le Centre assurant la prise en charge financière.

Guidance de psychomotricité

- Pascale et Sophie débutent la rééducation le 24.3.1969 au rythme de 2 séances hebdomadaires, le bilan psychomoteur initial montre : "Ce sont des enfants faciles, obéissantes, on est frappé par l'air craintif et apeuré des deux enfants et la démarche ataxique de Sophie".

. Coordination dynamique : certains tests donnent un âge de 2 ans et 9 mois pour Pascale, pour Sophie de 2 ans et 6 mois.

. Paratonie et syncinésie : rien du côté de Pascale. Pour Sophie, paratonie surtout au niveau des membres inférieurs et surtout à droite, ce qui explique la perturbation de l'équilibre et de la marche; elle a de légères syncinésies de reproduction, ce qui paraît normal étant donné son jeune âge.

. Organisation perceptive : entre 2 ans 6 mois et 3 ans pour les deux enfants, mais Pascale comprend plus vite que sa soeur.

. Latéralité : pour les deux enfants rien de bien défini (Sophie n'arrive pas à donner un coup de pied dans le ballon).

Evolution des enfants

Suivies en rééducation jusqu'au 1er.7.1969.

Elles apprennent à s'habiller, à jouer à la poupée, à monter et à descendre les escaliers, à dessiner, les couleurs etc... parallèlement elles progressent très rapidement dans l'expression verbale, mais le point le plus important de cette évolution est leur épanouissement. Il persiste cependant chez Sophie des troubles de l'équilibre et de la marche.

Interférence avec Madame B..., la mère

Elle assiste régulièrement deux fois par semaine et dès le début de la rééducation est remplie de bonnes intentions, et, consciente de sa tendance à

"s'énervé" lorsque son angoisse croît, elle sort ou va dans une autre pièce. Elle lutte beaucoup mais les difficultés de ses jumelles sont obsédantes pour elle, aussi est-elle constamment derrière les deux filles.

Mi-Avril, un incident, Pascale, à la suite d'une diarrhée, redevient encoprésique, Madame B... la frappe (Pascale a les deux mains oedématisées avec traces d'ecchymose), l'encoprésie persiste, Pascale pleure tout le temps.

Pour Madame B... c'est "le désastre", car tout est à recommencer; peu à peu les choses s'arrangent.

Fin Mai, petits incidents avec Sophie; plusieurs fessées, peut-être méritées d'ailleurs, Sophie se rebelle devant sa mère, pleure, refuse de manger...

En résumé, efforts extrêmement rigides de la mère pour contrôler la situation, n'entraînant chez ses filles que régressions et oppositions cédant lorsque l'angoisse maternelle est canalisée.

Le 19 Mars 1970 : "J'ai revu les enfants en bon état et, avec la rééducatrice en psychomotricité du Centre, nous avons examiné Sophie. Il n'y avait plus d'anomalie", note la kinésithérapeute.

Le 10.6.1969, les deux enfants étaient revus par la psychologue du Centre :

" Toutes les deux, dès le prime-abord, apparaissent comme transformées. Elles sourient, parlent, interpellent. L'amélioration est flagrante. La passation, une seconde fois, du GESELL confirme cette impression. Sophie et Pascale ont rattrapé très largement leur retard verbal, ont énormément progressé dans leur sociabilité. Dans le domaine de la motricité, il existe une légère différence entre les deux enfants. Sophie a une motricité des membres inférieurs encore difficile et saccadée, alors que celle des mains est précise, la liaison avec l'anxiété est nette. Sophie se situe sans arrêt dans l'effort; elle monte l'escalier en disant à chaque marche : "l'autre pied, l'autre pied". Pendant

le Gesell elle dira : "J'y arriverai, il faut faire doucement". Après la passation, alors qu'elle joue dans la maison et dans le parc, elle court beaucoup plus facilement et monte les escaliers de même.

- Pascale

Alors que la mère la considérait comme la moins débrouillée, est reconnue, par elle, à l'heure actuelle, comme la plus stable et débrouillarde. Ce qui sera noté lors de l'examen.

Le Travailleur social chargé du contact à domicile sert d'abord à permettre au cadre familial de se maintenir, car Mme BEL... a un comportement très labile vis-à-vis de ses enfants qui subissent le contre-coup du démarrage de sa psychothérapie et l'anxiété des Services Sociaux est importante. Ce travail de funambule durera pratiquement un an avec le maximum de difficultés, les 3 premiers mois pendant lesquels Mme BEL... a beaucoup de mal à accepter cette psychothérapie tant souhaitée, d'autant qu'elle constate le savoir-faire de la rééducatrice pour ses filles, et réalise plus ouvertement son rôle pathogène, ce qu'elle verbalise en disant :

"Si j'étais hystérique, on me ferait des électro-chocs et ce serait terminé" Elle dit qu'elle est énurétique, qu'elle ne peut payer sa psychothérapie, etc... Le T.S. déclenche une évaluation, le 10.6.69, qui confirme la nécessité de tenir bon sur tous les plans et de prolonger les guidances à la rentrée des vacances.

Le travail de la psychothérapeute comprendra deux temps :

Pendant un an, elle verra Mme BEL... une fois par semaine, et observera une progression en dent-de-scie avec des a-coups dépressifs et agressifs, mais la prise de conscience de nombreux éléments constitutifs de la difficulté de sa situation (image maternelle écrasante, père rejeté à la puberté, frustration existentielle, désir de mort des jumelles lors du partum).

Le 3.3.70 devant un nouvel appel à l'aide, réclamant une intervention neurologique sur ses enfants auprès du Travailleur Social, il est décidé de

procéder à une nouvelle évaluation qui permette à Mme BEL... de venir revoir le psychiatre à la consultation pour une mise au point.

Lors de cet entretien, il apparaît que Mme BEL... a beaucoup progressé dans l'analyse de ses difficultés qu'elle décrit désormais de l'intérieur, elle parle de ses enfants avec beaucoup d'émotivité et peut admettre ouvertement que ses enfants sont utilisés par elle pour régler ses différents.

Il apparaît chez Mme BEL... une gêne croissante dans la psychothérapie liée au fait qu'elle ne peut exprimer d'agressivité vis-à-vis du Thérapeute qui est si gentil de la prendre comme celà sans payer, qu'elle ne peut manquer un rendez-vous ni même s'il était besoin, lui dire en face ce qu'elle pense de lui.

Un ajustement est donc envisagé devant son désir et réalise ainsi une évolution très importante, c'est-à-dire l'acceptation de la psychothérapie pour elle-même et non pour ses enfants (le Centre et ses enfants étant associés pour elle bien évidemment).

Dès lors, elle acceptera de régler à l'acte son thérapeute, à ses frais complètement et demandera même très vite à ce que les séances deviennent bi-hebdomadaires ce qu'elle n'osait demander auparavant. Le tout vécu avec une sensation de libération (!) inaugurant le deuxième temps de sa psychothérapie, à laquelle elle s'est depuis attachée, avec une énergie renouvelée, progressant régulièrement.

Fin Juin 1970, elle demande à revenir au Centre avec ses enfants et fut reçue le 7.07, exprimant un besoin de réassurance avant le saut des vacances. Sa mère se trouve chez elle, actuellement à sa charge, du fait du conflit avec le père, et Madame BEL... arrive à contrôler tout cela à peu près, et dit : "Je n'empêche pas les enfants d'évoluer". Ses filles l'agacent encore et elle a des préoccupations obsessionnelles sur leur propreté, mais les enfants ont l'air assez gaies, avenantes et sociables. Sophie est plus épanouie, plus active que Pascale. Toutes les deux ont pu redescendre l'escalier seules.

Mme BEL... est heureuse de parler. Elle a des moments de découragement quand elle sent que tous ses problèmes ne sont pas réglés, mais elle dit aller beaucoup mieux et est fière de montrer ses jumelles.

Observation n° 4 - Pascal LET ...

Cette observation va nous montrer la difficulté des rapports que peuvent établir les enfants qui sont mis en placement familial avec leurs parents nourriciers et les répercussions que l'insécurité vécue par ces enfants sans image parentale toute puissante (puisque'il s'agit en fait toujours d'une relation à 3 : parents-enfants-administration) entraînent sur leur développement.

Le jeune Pascal LET... présentait des troubles du comportement à l'école et chez sa nourrice Mme GAR... qui attirèrent l'attention de l'assistante sociale qui le suivait et motiva une réunion préparatoire le 13.6.69. Au cours de cette réunion nous pûmes reconstituer l'histoire suivante :

Pascal est né le 27.12.62, il fut déclaré sous le nom de sa mère, bien qu'elle ne soit pas divorcée de Monsieur HER... dont elle avait eu déjà deux garçons lorsqu'elle abandonna le domicile conjugal en Janvier 1962 pour se mettre en ménage avec Mr PAI... De 1962 à 1965 elle vit avec Mr PAI... dont elle a deux enfants : Pascal, puis Florence, née en 1964, grande arriérée psychomotrice, décédée le 14.5.66.

En Janvier 1965 elle disparaît, Pascal a deux ans, Monsieur PAI... met les deux enfants en nourrice à Mar... avec le statut de .R.T à dater du 1.4.65. La mère ultérieurement mise en demeure de reprendre les enfants ne donne pas suite. Compte tenu de sa santé fragile, Pascal est mis en garde définitive et placé à l'aérium de St P... le 1.7.66; il y restera jusqu'au 20.12.68 et se développe physiquement à peu près correctement mais demeure énurétique.

En partie pour celà et aussi du fait qu'il devenait une pupille de la DASS statutairement il est mis en placement nourricier chez Mr et Mme GAR... en décembre 1968. Ici il faut faire une petite parenthèse sur ce couple sans enfant déjà utilisé par la DASS à deux reprises pour la garde de nourrissons et dont l'évolution, fut léthale dans les deux cas, entraînant le refus de nouveaux placements chez eux; mais ils réclament de façon si véhémement qu'on décide à l'essai,

de leur confier la fille qu'ils demandaient (Laurence LAM...) mais en la choisissant nettement plus âgée et en lui adjoignant un second enfant... Pascal, qui se trouvait à St P... avec Laurence.

De Décembre 1968 à Juin 1969 Pascal a pris deux kilos et son énurésie a disparu, mais il est très instable, se griffe le visage au cours de colères, tente d'avaler des épingles et des plumes à l'école, et ne s'entend pas avec Laurence. D'où l'inquiétude de l'assistance sociale qui se demande si le maintien chez la nourrice est viable d'autant que les parents vont déménager. La prise en charge est donc décidée pour évaluer les risques.

Le 23.6.69 au Centre, Mme GAR... a un entretien avec un travailleur social où il apparaît une grande ambivalence dans son comportement vis-à-vis des enfants à elle confiés. En ce qui concerne Pascal elle désire le garder et en même temps elle montre une lettre de sa directrice d'école réclamant un placement spécialisé. Elle attire l'attention sur son instabilité, ses colères, ses actions bizarres mais trouve des explications : pour les plumes et les épingles, il s'agissait pour Pascal de retourner avec la maîtresse de l'école maternelle qu'il venait de quitter. Il a perdu son énurésie après un maternage important au cours d'une maladie infantile. Elle le trouve turbulent et impossible mais s'oblige à passer beaucoup de temps à le surveiller de crainte qu'il ne lui arrive quelque chose.

A travers tout ceci apparaît une grande culpabilité vis-à-vis du passé, et en même temps, le rôle du mari qui n'a pas voulu venir mais, semble agressif et décidé à se séparer de Pascal.

Le même jour Pascal est vu par la psychologue qui note : "Pascal est très anxieux, il pense qu'on va le laisser à la consultation; durant l'entretien, il ira vérifier que sa nourrice, et Laurence sont encore là, plusieurs fois. S'il est d'une grande instabilité, il semble être contraint par Mme GAR..., et Laurence qui le rappellent constamment à l'ordre et, inhibent son activité de crainte qu'elle devienne débordante.

Il est en quête affective constante actuellement, s'attache vite au Centre où il cherche à être valorisé. A travers son récit on perçoit le climat éducatif du milieu nourricier, comme ambivalent avec un versant perfectionniste sévèrement appliqué".

- Impossibilité du dessin de la famille, dessin spontané de la maison très inhibé et gribouillé secondairement.

- Au WICS Q.I. à 86, homogène, mais très perturbé par la peur d'être jugé non valable à la fois par le testeur et par sa famille.

- Le 24.6. l'examen somatique montre un état moyen, un enfant un peu hypotrophique pour son âge.

- Le même jour, il est vu par le psychiatre qui notait : "Outre un développement somatique insuffisant, Pascal présente une instabilité psychomotrice très marquée, un retard affectif important et des troubles caractériels. Il n'a pas paru très attaché à son milieu nourricier en lui-même, mais manifeste une grande crainte d'abandon, il existe une anorexie relative".

Mme GAR... le décrit comme instable, coléreux, méchant, ne supportant pas les frustrations, réagissant comme un bébé. Elle le tolère mal, ne cache pas qu'elle ne désirait nullement sa venue; elle a peur des problèmes qu'il pose et le verrait volontiers dans un établissement spécialisé. Il existe un désaccord net entre les deux enfants et Pascal, ne peut ignorer le rejet dont il est l'objet.

Pourtant, il n'est plus émurétique depuis quatre mois, témoignant d'une certaine sécurisation au foyer.

En dépit de la gravité d'une décision d'une nouvelle transplantation pour cet enfant fragile à tous points de vue, la vision d'ensemble de Pascal, très perturbé, avec cette soeur qui en fait un intrus, cette nourrice qui le rejette et dont la personnalité fragile hyperanxieuse ne saurait faire front sans dommage pour elle et l'enfant, on incline en faveur du retrait de la famille nourricière.

- Le I.7.69, une fois rassemblés ces divers renseignements et bien que manque encore la note paternelle, une Réunion de synthèse constate que Pascal relève de soins psychologiques spécialisés, qu'il semble donc préférable qu'il ne suive pas la famille GAR... qui part en province. La préparation de cette séparation se fera en Juillet, par une guidance familiale au Centre ou à domicile et l'enfant sera ensuite mis au Foyer Départemental d'O... où une guidance à déterminer sera démarrée avec lui si le placement en I.M.P. n'est pas possible.

-Le 8.7. fin de consultation avec Mme GAR... où on essaye de lui faire préciser sa position à l'égard de Pascal dans l'immédiat, et dans l'avenir. Elle est vue conjointement par le psychiatre et la psychologue et ne peut formuler de réponse. Toujours très anxieuse, garder Pascal et l'emmener avec elle près de T... lui paraît au-dessus de ses forces, mais en parlant elle semblait incliner vers une décision de garde. Il est donc décidé de se revoir dans quelques jours pour avoir sa réponse, et en tout état de cause pour éviter à Pascal des traumatismes supplémentaires, il est entendu qu'elle le garderait jusqu'au 8.8., date à laquelle il pourrait être mis à O...

- Le II.7 Mme GAR...revient, et voit cette fois le psychiatre et le travailleur social. Elle affirme d'emblée sa décision de ne pas garder Pascal, elle explique qu'elle même appréhendait beaucoup d'avoir à garder cet enfant difficile, pour qu'on lui laisse Laurence, car elle craignait qu'on lui fasse beaucoup de reproches. Son mari a tranché, et il faudrait lui parler; d'autre part elle partait le 3I.7. et ne pouvait garder Pascal au-delà, et enfin ne pourrait, vu son déménagement, emmener Pascal pour les un ou deux entretiens prévus pour le placement à O en Juillet. Finalement on arrive à convenir que la psychologue ira les voir chez eux pour avoir des entretiens avec Pascal et Mr GAR...

Le I7.7 la psychologue notait : "A l'arrivée Mme GAR... attend avec les enfants et est soulagée d'apprendre que je ne viens pas les chercher pour aller au Centre. Elle à l'air d'une femme à bout, prise entre son mari, sa volonté de garder Pascal, et la consultation dont elle ne sait plus très bien si c'est la DASS ou autre chose. Elle a dit à Pascal qu'il allait partir se faire soigner, et qu'il reviendrait ensuite; pour elle cela ne fait pas de doute, mais il faut que j'aille parler à son mari.

Elle raconte combien Laurence est contente de rester seule, mais qu'elle lui a dit que, de toute façon, Pascal reviendrait et que ce n'était pas le triomphe de son action; elle le redit devant Laurence qui mime la surdité !

Il semble que sa venue à la consultation lui a permis d'exprimer plus directement son vécu. Elle a ainsi reçu de plein fouet un certain nombre de questions qu'elle est seule à assumer, son mari se situant en marge. Sa solitude sa volonté de repliement est visible dans la vie quotidienne qu'elle décrit comme dans l'aménagement de son appartement. L'univers des enfants est son unique refuge, et chaque incident y devient un événement. Elle n'a pas pu établir de passerelle entre ce monde clos et l'extérieur. La consultation est peut-être un des premiers joints. Elle aura vis-à-vis de moi une écoute assez étonnante comparativement à la logorrhée dépressive de l'entretien du 8.7. Pour la première fois elle parlera des enfants et écoutera ce que l'autre en dit avec une grande attention.

Toutefois pour les décisions pratiques, elle se rétracte derrière son mari, de façon assez craintive : "il a demandé à vous voir" dit-elle chaque fois que nous abordons des points précis de l'avenir de Pascal : départ à T... ou non, visite pendant l'année, retour ensuite, etc...".

"Mr GAR... que je vois ensuite a un aspect étonnant : 40 à 45 ans, genre Play-Boy, avec pantalon orange et chemise à rayures. Regard et verbe rudes et secs. Le ton général est celui d'un homme d'affaires surmené, liquidant un contrat qu'il avait accepté à son corps défendant. Il a d'abord un compte à régler avec la DASS et pour cela il a mobilisé le Maire, la Directrice d'Ecole, le Conseiller Général etc... "et la DASS ne pourra que céder" dit-il d'un ton arrogant. Je n'arriverai pas et il ne voudra jamais considérer que je ne suis pas "La DASS". D'ailleurs il lui faut un public pour régler ainsi ses comptes par personne interposée et je n'arriverai pas non plus à l'écarter de la fenêtre ouverte de son secrétariat devant laquelle il parle haut et fort".

Sa rencontre dans son milieu naturel permet néanmoins d'éclaircir un certain nombre de points :

- d'abord que l'insertion de Pascal était vouée à l'échec dès le départ, étant donné qu'il fut présenté, pour les raisons diplomatiques déjà vues, comme un inséparable de Laurence, alors qu'ils n'avaient fait que fréquenter le même établissement. Laurence avait été préparée à cette présentation des faits. Ceci entraînera d'une part que Laurence avait là une arme facile pour évacuer le gêneur qu'elle connaissait à peine, d'autre part permit aux GAR... de penser que si on leur faisait ainsi "passer un enfant" c'est que vraiment on voulait se débarrasser de Pascal, enfant-problème par excellence.

- par ailleurs le couple GAR... apparaît comme particulièrement peu uni. Mme GAR... n'assistera pas à l'entretien avec le mari et attendra qu'il soit reparti pour me demander ce qu'il avait dit. La passerelle de tout à l'heure me semble ne pas exister du tout avec le mari !

- Pratiquement le mari accepte de garder Pascal jusqu'au 8.8. à condition qu'on aille le chercher près de T... pour l'emmener à O..., lui étant débordé...

- Pascal est de nouveau un peu énurétique depuis qu'il a appris qu'il allait partir se soigner. Très attaché aux GAR... il est assuré qu'il reviendra ensuite. Il interroge Laurence avec anxiété sur sa méchanceté.

Son accueil est très chaleureux et il me demande "quand viendras-tu me chercher ?"

Quant à Laurence elle triomphe ouvertement et essaye d'effacer Pascal le plus possible dès à présent de l'espace de Mme GAR... La suite d'aide à Laurence à T... ne devra pas trop tarder si on ne veut pas qu'elle s'installe dans ce triomphe.

- Le 30.7.70, nouvelle visite de la psychologue chez les GAR...

"Mme GAR... a expliqué à Pascal que c'est moi qui irai le chercher à T... et le garderai par devers moi pendant un an, ce qui ne me facilite pas les choses, d'autant qu'à O... où il rentre le 8.8. je ne pourrai le voir qu'en septembre. Visiblement Mme GAR... pour sécuriser Pascal me met à toutes les sauces. Nouvelle mise au point avec tout le monde".

- Le 11.8.69 de démarche en démarche, on apprend que le convoi de la DASS qui devait ramener Pascal à T... n'avait pas été organisé; et c'est donc nous qui délègueront l'un de nous pour aller le chercher et l'emmener à O...

- Le 28.8 : voyage à T... et retour de Pascal qui entre à O...

Depuis 10 jours il est ému-rétique toutes les nuits. Le conflit avec Laurence continue de plus belle. Mme GAR... lui dit qu'elle le reprendra l'an prochain. Mr GAR... dit que c'est parce qu'il est difficile qu'ils le laissent partir mais qu'ils ont l'intention de demander un autre enfant à la DASS (de l'Indre et Loire). Le long du voyage Pascal demande quand et comment il reviendra quand il sera guéri; puis il se tourne vers l'avenir immédiat et dit qu'il est heureux de revoir la psychologue et "sa soeur" (le travailleur social féminin) et pose de plus en plus de questions sur O... et sa proximité de nos domiciles, de la consultation.

A O... il est pris en mains par une monitrice qui l'emmène tout de suite visiter les animaux et il s'installe sans trop d'émotion.

- Dès lors il va mener l'existence de l'institution d'O... pendant exactement un an, car vu son niveau intellectuel et son comportement il sera impossible de lui trouver un établissement plus spécialisé.

Une guidance est donc organisée à partir de Septembre 1969 avec la psychologue qu'il connaissait bien, au sein de l'Atelier de Peinture groupant les enfants de O... En venant tous les jeudis au Centre il a ainsi maintenu un contact. De ce passage la psychologue note :

" Pascal est arrivé plus tard, le groupe était déjà formé depuis trois mois, et étant donné la densité des liens unissant les autres enfants (que nous avons vus avec l'observation n° 1 - Suzanne DEP...) son insertion fut difficile et il ne trouva pas vraiment sa place, n'occupant que celle que les autres lui donnaient.

Individuellement il était très difficile de le faire peindre, s'arrêtant copiant les tableaux des autres, voire "se réfugiant" sur le dessin des autres.

Il ne peut s'exprimer facilement que dans quelques dessins collectivement réalisés.

- A ce titre il semble que pour lui la demande individuelle ait été si intense qu'il ne pouvait guère organiser une activité au sein d'un groupe d'expression, tout au moins d'emblée.

- Il réussit cependant à verbaliser vers Mai 1970, dans l'ombre de Suzanne DEP... son problème, c'est-à-dire : d'être un petit garçon, alors que pour être aimé il fallait être une fille dans sa famille nourricière.

Puis, peu à peu, ces préoccupations furent remplacées par le problème des "nouveaux papa et maman" à trouver le plus vite possible quand on l'envisage en Juin.

Vers la fin de l'année scolaire 70 un nouveau fait intervint : à savoir, la réalisation que le statut de cet enfant autorisait l'adoption. Ceci au moment où l'année tirait à sa fin et où il apparaissait de plus en plus évident que la famille GAR... n'envisageait pas de le reprendre, d'autant qu'il n'avait plus entendu parler d'eux depuis le 28.3.69, ni par lettre, ni autrement. Parallèlement son énurésie persistante, son repliement sur lui-même, son peu d'autonomie à l'atelier, sa demande affective ne plaidaient pas en faveur de son maintien dans un foyer d'attente.

- Un nouvel examen du psychiatre le 7.8.70 concluait :

" Au total garçon d'intelligence normale, non scolarisé, ayant souffert d'une carence affective et éducative importante de structure névrotique nécessitant une reprise en main sérieuse, sécurisante une fois pour toute, et mobilisatrice sur le plan des acquisitions avant qu'il ne soit trop tard vu son âge".

- Une évaluation avec les responsables de O... et de la DASS fut organisée le même jour, et l'on convint de tenter l'adoption si cela était possible malgré son passé déjà lourd, et la difficulté de trouver les adoptants pour un garçon de 8 ans.

- La chance et la coopération active de tous ceux qui à la DASS avaient été mobilisés par ce problème, firent que deux jours après, un couple de la quarantaine qui, effectuait ses premières démarches en vue d'une adoption, qu'ils savaient, de réputation, toujours très longue, fut orientée vers Pascal. Le père était médecin, et la mère enseignante, ils désiraient un enfant pas trop jeune pour garder l'intervalle d'âge qu'il y aurait eu s'ils avaient pu en avoir un, eux-mêmes.

- La psychologue, et le Directeur qui connaissaient bien Pascal, les rencontrèrent rapidement et leur firent un tableau très réaliste de Pascal, et de ses difficultés. Une première rencontre entre eux à la consultation sans aviser Pascal des suites, fut organisée vers le 20.8. Le transfert fût massif, et les parents nous reprochèrent d'avoir dit tant de choses sur ce gamin, qui leur paraissait si sympathique.

- Une autre rencontre avec déjeuner au restaurant fut organisée entre eux, la psychologue allant chercher l'enfant à O... et l'y ramenant.

- Enfin ils vinrent chercher Pascal en Août à O... définitivement.

- Depuis un mois, nous avons continué, bien sûr, à suivre les événements ne serait-ce que pour permettre aux nouveaux parents d'exprimer les difficultés que nous prévoyions inévitables devant l'énormité des faits pour Pascal.

- Ce dernier régressa d'abord, se laissant mater, avec arrêt de l'énurésie du jour au lendemain. Puis il entra dans une phase d'opposition reprenant le matériel qu'il avait utilisé auparavant pour que ces parents trop beaux pour être vrais le rejettent : énurésie, mutisme, refus d'obéir, menace de fugue, même de retourner à O... si sa mère ne le laissait pas faire ce qu'il voulait, ou ne comblait le moindre désir. Il eut d'ailleurs un comportement de "nouveau riche" croyant comme dit sa mère que "si on pouvait avoir un papa et une maman, alors c'était Noël tous les jours".

La stabilité du couple, son expérience et les visites et entretiens qui eurent lieu avec eux et Pascal, séparément ou ensemble, mais toujours chez eux,

permirent de contrôler cette phase critique. Après avoir expérimentalement trouvé ainsi ses limites, éprouvé la solidité de sa nouvelle cellule et viscéralement perçu qu'il était là pour de bon, Pascal s'épanouit, et ses parents purent commencer à s'attaquer au problème de sa scolarisation. Mais ce fût là notre dernière intervention, en les dissuadant de le soumettre tout de suite au feu de l'épluchage médico-psycho-pédagogique d'un C.M.P.P.; ce qu'ils envisageaient dans leur impatience de normalisation. Il est donc en C.P. et s'apprête à jouir pleinement de sa vie d'enfant.

5ème Observation : Corinne PAP...

L'observation suivante va nous montrer les grandes difficultés que l'on rencontre au niveau de la tolérance des nourrices, qui n'ont évidemment pas bénéficié d'une formation pédagogique particulière, à l'égard des réactions des enfants placés chez elles, issus de milieux très fragiles où, dès le départ, s'est posé le problème de l'inadaptation.

La jeune Corinne PAP... était en placement nourricier chez M. et Mme CAS... depuis quatorze mois, lorsque les difficultés du comportement et les troubles du caractère, tant à l'Ecole qu'à la maison, alertèrent l'Assistante Sociale.

Il en résulta une R.P. pour nous soumettre le cas, qui eut lieu le 28.4.69. Nous pûmes reconstituer l'histoire suivante :

Madame GUE... 31 ans, la mère, avait subi un examen psychiatrique en 1960 qui avait mis en évidence une instabilité caractérielle avec troubles du comportement : fugue - bouffées d'hostilité - vagabondage - déséquilibre de l'humeur - infantilisme affectif.

Le 28.12.1962 naissait Eric GUE..., issu d'une union de passage de la mère, et reconnu par elle, et qui décédait le 28.8.1963.

Peu après, la trajectoire vitale de Madame GUE... rencontrait celle de Monsieur PAP..., 30 ans, né en Tunisie, chômeur professionnel, éthylique. De leur union sont nés 5 enfants :

- . Corinne, née le 20.7.1964
- . Sauveur, né le 20.7.1965, placé en pouponnière puis en nourrice
- . Isabelle, née le 11.11.1966, placée en Février 1968 en nourrice
- . Philippe, né le 5.11.1967, placé peu après chez M. et Mme CAS... en nourrice.
- . Une fillette, née en Février 1969, actuellement au foyer des parents.

De 1964 à 1966 les parents habitaient dans un local insalubre d'une pièce, le père ne travaillait pas, la mère continuait à fuguer, laissant sans soins ses enfants, ce qui motiva de nombreuses interventions des services sociaux et les décisions de retraits successifs.

De Mai 1966 à Août 1967, le couple PAP... récupère ses enfants et part vivre en Belgique avec eux.

En Août 1967, Mr PAP... et Madame GUE... reviennent en France seuls, les enfants ayant été placés par la Police en Belgique, dans une institution religieuse, à la suite d'une fugue de la mère.

En février 1968, Mr PAP... va en Belgique chercher Corinne, Sauveur et Isabelle et les conduit en pleine nuit chez Mr et Mme CAS... qui détenaient déjà Philippe depuis Décembre 1967. Le lendemain, Sauveur et Isabelle sont placés à la D.A.S.S. chez Madame BOU... nourrice; Corinne et Philippe sont laissés à Mme CAS...

Devant la précarité permanente du foyer PAP..., en Mai 1968, une mesure judiciaire était prise confiant la garde des enfants à l'A.S.E.

Corinne est donc née le 20.7.1964, elle était prématurée, sa mère l'a donc laissée en couveuse en quittant la maternité, puis elle fût, à nouveau hospitalisée du 7.8. au 18.8.1964 pour un état dépressif, et encore, le 22.8 pour le même motif. Il y eut alors un conflit entre Mr PAP... et Mme GUE..., chacun voulant récupérer l'enfant. Finalement elle revint au foyer début septembre où elle devait rester, certainement dans des conditions difficiles, jusqu'au 24.3. 1965, date à laquelle elle fut hospitalisée à Saint-Germain, pour malnutrition. Elle devait y rester jusqu'au 2 Mai, et fut ensuite placée par l'Assistante Sociale, chez une première nourrice, Mme PAL..., qui la garda jusqu'au départ de la famille PAP... pour la Belgique, en Mai 1966.

A son retour, de Février 1968 jusqu'à la venue à la consultation, elle resta chez Mme CAS... Il fut donc décidé une prise en charge qui devait débiter par un passage à la consultation.

Le 7 Mai 1969 elle était vue par la psychologue, en même temps que sa mère nourricière dont elle ne pouvait se séparer. Il est alors noté : "Corinne est présentée par sa mère nourricière comme très instable, très difficile," poussée par une force du mal "à toujours se mettre en valeur dans les bêtises".

Corinne ne dort pas, mange très irrégulièrement, est souvent énurétique et encoprésique. Elle prend plaisir à signaler à sa mère nourricière qu'elle vient de le faire. Actuellement, Mme CAS... se demande si elle va pouvoir la garder, pense qu'elle ne pourra pas si l'on ne transforme pas Corinne, et si elle-même n'est pas soutenue, pense qu'au fond Corinne ne l'aime pas.

Corinne : elle refuse longtemps de quitter sa mère nourricière, pendant le court séjour qu'elle accepte de faire dans le cabinet d'entretien, elle la réclame et veut aller la voir.

Défaut net de prononciation dans sa conversation courante, qu'elle peut, en grande partie - corriger, si elle fait attention. Sait qu'elle est une fille, mais maintient qu'elle a treize ans; ne reconnaît pas les couleurs. Est assez malhabile pour prendre un crayon dans la boîte et le tenir. Corinne ne dessine pas, fait toute une série de maisons qui sont, en fait, des rectangles sans ébauche de fenêtre ou de porte, ni de toit. Elle ne dessine ni bonhomme ni arbre, même à la demande, en disant qu'elle ne sait pas. Ne réussit pas le cercle, ne comprend pas la consigne de reproduction des cubes. Le retard actuel, non chiffré, semble pourtant important.

L'examen étant impossible à pratiquer, nous adoptons la solution de voir Corinne, en présence de sa mère nourricière, avec un jeu comme médiateur.

Corinne et sa mère nourricière : Le comportement de Corinne semble alors directement induit par celui de Mme CAS... Celle-ci est excessivement présente vis-à-vis de Corinne, si l'enfant ne peut rester seule 5 minutes, Mme CAS... ne peut laisser Corinne 5 minutes. Corinne répond à cette présence excessive par le refus brutal (refus de se nourrir, de dormir), et la provocation ("bêtises que Mme CAS... lui rappelle, sans arrêt, de ne pas faire).

Il s'est instauré, entre Corinne et sa nourrice, une relation de chantage: "Si tu réponds à la dame tu auras un bonbon, mais tu mangeras aussi à midi". Il faudrait les aider, toutes les deux, à relâcher cette relation pathogène. Mais, si le besoin d'aide est urgent, Corinne et Mme. CAS... semblent, chacune à leur niveau, assez inaccessibles.

Le 9 Mai 1969 Corinne subissait un examen somatique qui concluait en résumé : "Enfant pâle, hypotrophique (11 kg), petits signes de rachitisme, mangeant peu, présentant des régurgitations, des diarrhées, peu de sommeil, agitation".

Ce même jour, elle était vue par le psychiatre qui notait : "Corinne est une mignonne petite fille d'une maigreur extrême, adressée par sa mère nourricière, pour toute une série de troubles avec, au premier plan, une anorexie et des manifestations agressives".

Corinne est, depuis un an, avec Mme CAS... et elle a toujours été anorectique. Elle refuse les repas et vomit si l'on insiste. La mère nie que les repas soient l'objet d'un conflit caractérisé, mais elle est, elle-même, très anxieuse et irritable. L'anorexie se manifeste par une maigreur importante, d'autre part, elle présente toute une série de manifestations agressives très marquées.

Opposition quasi-systématique à la mère, manifestée dans les actes et dans les discours, depuis que Corinne dispose du langage. En effet, elle a parlé très tard, elle ne parlait pas encore quand elle a été remise à Mme CAS... ce qui témoignerait d'une évolution importante au cours de cette période, mais, pour Mme CAS... un tout autre aspect de ce progrès est le fait que Corinne commence à l'injurier et à lui dire de temps à autres : "t'es pas ma mère". Corinne est extrêmement turbulente, très instable, passant sans arrêt d'un lieu à un autre, d'une activité à une autre, et Mme CAS... vit dans la crainte permanente des actions fâcheuses que commet Corinne à longueur de journée. Elle a été renvoyée récemment, de l'Ecole Maternelle, et sa maîtresse a spécifié qu'elle ne la reprendrait en aucun cas (boit l'eau des WC - pénètre dans les locaux des femmes de service pour ouvrir en grand tous les robinets, renverser tous les produits d'entretien - "meneur efficace - perturbateur").

A l'extérieur, petits larçons et opposition avec la nourrice lorsqu'elle l'accompagne pour faire ses courses, Mme CAS... se dit terrorisée d'avoir à sortir avec Corinne.

Ajoutons qu'elle se masturbe sans arrêt, qu'elle est énurétique et enco-présique, que la nuit elle dort mal, se lève fréquemment et commet des déprédations diverses.

Corinne est de plus difficilement intimidable et le mode éducatif de Mme CAS... aboutit à un échec complet. Il est, en outre, à remarquer que les manifestations agressives semblent réaliser un comportement franchement masochique. Corinne semble provoquer et appeler les sanctions qu'elle subit avec une certaine satisfaction.

La relation entre Corinne et Mme CAS... est profondément perturbée et s'organise, à l'heure actuelle, sur un mode sado-masochique. Mme CAS... se présente dans une attitude de défense, cherchant à justifier ses qualités de nourrice, et exprimant sa rancœur et sa déception à l'égard d'une enfant qu'elle dit gratifier plus que les siens propres, et qui, non seulement, ne lui donne pas satisfaction, mais la frustre considérablement. Il paraît certain qu'à l'heure actuelle, un cercle vicieux s'est installé dans cette relation mère-enfant, et qu'un isolement temporaire de l'enfant soit à envisager.

Corinne est une enfant éveillée, très vive, dont l'état physique est déficient mais qui ne paraît pas présenter de déficit intellectuel, ni de retard psychomoteur important. L'élément majeur paraît être une fixation anale conséquence d'une carence affective grave de la première enfance et dont les conditions du placement n'ont permis qu'une organisation sado-masochiste des relations, contrariant un développement affectif normal.

Le 20 Mai, une fois tous ces éléments rassemblés eut lieu la réunion de synthèse, où l'on constata :

Que Corinne avait été confiée alors qu'elle était très mal en point, à la famille CAS... Qu'elle y avait fait des progrès importants, que la proximité des parents naturels compliquait la tâche éducative des parents nourriciers,

que le sado-masochisme qui domine son comportement se trouve activé par la réaction de la mère nourricière aux provocations de l'enfant, mais que celle-ci est attachée à la mère nourricière, et que toute séparation la rend anxieuse qu'il y avait donc lieu, avant toute décision de séparation, d'éclaircir la situation affective de Corinne par rapport à sa nourrice, qu'il n'y avait pas lieu à décision de retrait d'urgence dans la mesure où la famille CAS... pourrait accepter une aide à supporter le comportement de Corinne, qu'enfin parallèlement les investigations doivent se poursuivre auprès de Corinne afin de trouver les formes d'aide qui lui seront les mieux adaptées.

Dans le cadre de cette guidance, Mr et Mme CAS... étaient revus le 9.5.1969, par le travailleur social.

Ils racontent toutes les bêtises que peut faire Corinne : "Elle désire le mal - elle est le mal - elle cherche à se faire mal ou à ce qu'on lui fasse mal". Mr CAS... désirait une fille "maintenant c'est moi qui suis traumatisé, je n'en veux plus".

Tous les deux nient que Corinne puisse les aimer, pourtant Mme CAS... dit que lorsqu'elle s'occupe de son frère Philippe, elle lui dit : "il est sale, il est moche, c'est moi ton bébé, maman".

Mr et Mme CAS... décrivent un système éducatif basé sur des menaces et des petits chantages auprès de leurs propres enfants, du type : "Je vais chercher le Docteur si tu ne manges pas". Ce système est mis en échec par Corinne qui recherche les punitions.

Le 23.5.1969, une Assistante de la D.A.S.S. nous téléphone pour nous dire que Mme CAS... supporte de moins en moins Corinne et qu'elle voudrait avoir les résultats de la consultation. Ceci est le début d'une période qui durera jusqu'à leur départ en vacances, où les CAS... refuseront pratiquement le contact avec nous, au sujet de Corinne.

Le 17.6.1969, une réunion d'évaluation fut déclenchée à propos de ses vacances. L'Assistante Sociale nous signalant que Corinne irait du 23.6 au 28.7

chez Mme BOU... avec Philippe, pendant les vacances de Mme CAS... chez laquelle ils reviendraient en Août. Une action éducative auprès de Mme CAS... sera essayée au mois d'Août, en attendant la reprise de guidance de Corinne, en Septembre.

Le 2.7.1969 visite du T.S. chez Mme BOU... "Corinne paraît changée dans la mesure où elle est bronzée et bien habillée, elle paraît très éveillée et vivante".

Mme BOU... confirme le changement de comportement : "Corinne dort, joue, mange avec les autres sans poser beaucoup de problèmes". Il semble donc que l'attitude permissive mais paisible de Mme BOU... ait un résultat positif chez Corinne.

Madame BOU... a actuellement 7 enfants, dans le mois de Juillet, et ne semble pas particulièrement débordée, semble bien s'organiser mais parce que c'est la période des vacances, et que les enfants peuvent aller à l'extérieur.

Durant tout l'entretien Corinne reste sur les genoux de Mme BOU... qu'elle appelle Madame, elle reprendra certaines attitudes antérieures du fait de la présence du T.S. (manger ses doigts, attraper une culotte en plastique pour la manger), Mme BOU... réagit très normalement; Mme BOU... va avoir les quatre enfants PAP... pendant ce mois, elle préparera Corinne à sa venue à la consultation. Enfin quand Mme BOU... parle des cinq enfants énurétiques, Corinne précise : "pas moi", ce qui est vrai et elle apparaît épanouie.

En vue de poursuivre les investigations, le T.S. va chercher Corinne le 8.7.1969 chez Mme BOU... Corinne a parlé, toute la semaine, de sa venue chez Mme BOU... Elle vient jusqu'au portail puis, voyant Mme BOU... et les autres enfants sur le perron, elle commence à dire qu'elle ne veut pas venir, et une fois dans la voiture, elle commence à trépigner, à pleurer : "Je veux rester ici, je veux rester avec Maman".

Après quelques essais infructueux, en présence de Mme BOU..., Corinne est punie et mise au lit par celle-ci.

Il est à noter que l'investissement affectif de Corinne chez les BOU... semble plus important que la semaine passée. Elle les appelle Maman et Papa, et semble savoir qu'elle doit les quitter en fin de mois. Il est très probable qu'elle recommencera ce genre de scène ultérieurement.

Le 10.7.1969, devant cette difficulté, rencontre entre l'Assistante Sociale la psychologue et le T.S., pour prévoir une ligne de conduite. Nous convenons que, dans un premier temps, la psychologue ira voir Corinne chez Mme BOU... et qu'ils pourront, la semaine suivante, aller voir, tous les trois, Mme BOU... pour aborder avec elle l'éventualité de lui laisser Corinne en garde définitive.

Il semble, effectivement, que pour Corinne, la venue à la consultation ait représenté un rappel du passé, et que sa reprise par Mme CAS... sera très difficile, avec risque de la faire à nouveau rejeter par Mme CAS...

Le 15.7.1969, visite à domicile de la psychologue et du T.S. : "Corinne était prévenue de notre visite. Quand elle nous aperçoit, elle se retire précipitamment. Trainée par Mme BOU... elle nous regarde visage figé, cachée derrière elle, refuse de se séparer des autres enfants, même pour rester seule avec Mme BOU... et nous".

Je pense qu'il vaut mieux ne pas insister, Corinne vivant une peur panique à notre seule vue.

Nous restons un moment à regarder Corinne jouer à la balançoire, ses gestes sont coordonnés et efficaces, elle les a appris depuis son arrivée chez Mme BOU...

Le contact se fera par l'intermédiaire de sa soeur Isabelle qui, venant de se réveiller, m'invitera à aller la voir. Corinne me fait alors visiter sa chambre, me montre un livre d'images qu'elle appelle livre d'école, je lui demande si elle a déjà été à l'école, et devant sa réponse affirmative, je lui demande si elle va y retourner; son visage se fige, et elle sort précipitamment de sa chambre pour se réfugier contre Mme BOU... (association de rejet école - Mme CAS... ?) Nous revenons vers Isabelle et Philippe, Corinne leur sourit, essaye de faire marcher Isabelle, console Philippe qui pleure. Plus tard alors qu'on

venait de lui donner un bateau en papier, Corinne l'offrira à son frère Philippe. Il y a huit jours Corinne était encore tournée exclusivement vers Mme BOU... sans souci pour la fratrie. L'épanouissement de Corinne depuis que je l'avais vue à la consultation ne fait aucun doute. Elle est calme, maîtrise ses gestes, de façon aussi constante que son instabilité antérieure. Elle verbalise beaucoup mieux; les défauts de prononciation qu'elle montrait ont quasiment disparu. Cette transformation rapide à l'intérieur du foyer BOU... pose le problème de la fin du mois. Corinne donne l'impression d'y penser fortement; notre venue préfigurant pour elle le départ de cette famille, et elle y réagit violemment. Elle ne nous dira au revoir qu'une fois que nous serons installés dans la voiture, et elle sur le perron".

Le 24.7.69, réunion prévue chez Mme BOU..., au cours de laquelle cette dernière nous dit qu'elle va rendre Corinne à Mme CAS... comme prévu, car depuis quelques jours Corinne a repris un comportement très astreignant pour elle.

Le 28.7.1969 l'A.S. nous téléphone pour indiquer que Mme CAS... est dans son bureau, et qu'elle refuse de prendre Corinne car celle-ci n'a pas accepté de la voir lors d'une visite, où Mme BOU... aurait décrit un tableau assez noir du comportement de Corinne. Mme CAS... propose même de faire l'échange entre Corinne et Isabelle, puisque Mme BOU... dit qu'elle a trop d'enfants en garde. Mme BOU... refuse de garder Corinne un jour de plus et l'A.S. finit par obtenir que Mme CAS... reprenne Corinne, étant entendu que nous aiderons Mme CAS... pendant le mois d'août en attendant un placement au Centre d'observation qui pourrait débiter en septembre.

Le 7.8.1969, la responsable de la DASS nous téléphone pour nous dire qu'elle a reçu la veille la visite de Mme CAS... lui ramenant Corinne. Il s'agissait d'une décision immédiate et sans appel. La DASS a donc pris contact avec le Directeur du Foyer de O qui a accepté de prendre Corinne.

Le 8.8.1969 visite à O... de la psychologue qui rencontre beaucoup d'appréhension chez le Directeur qui se montre inquiet du regard assez figé que Corinne peut avoir quand elle est contrariée ou qu'elle a peur. Il est décidé de ne pas

voir Corinne pendant ce mois d'août pour lui permettre de s'adapter à O... le plus facilement possible.

Le 30.9.1969 une réunion d'évaluation est organisée avec le Directeur d'O... l'assistante sociale et les membres de l'équipe d'O... Corinne ne s'accroche qu'à une personne, sa monitrice, qu'elle appelle Maman. Elle est coquette, capricieuse l'énurésie est intermittente, l'encoprésie a disparu. Elle est très indépendante vis-à-vis des autres enfants; elle est accaparente, mais supportable. Il n'y a pas eu de visite des parents. Il est donc décidé alors une prise en charge individuelle par la psychologue avec laquelle elle a un bon contact.

Cette guidance psychothérapique par le jeu va durer jusqu'en août 1970 au rythme d'une séance par semaine, la psychologue allant la chercher et la ramener à O... Après une courte période où elle refusa d'avoir une activité seule avec un adulte, restant très attachée aux secrétaires, et à la pièce d'accueil, où il y avait d'autres enfants, succéda une deuxième et plus longue "période d'obsessionnalisation". Pendant celle-ci tout un ensemble de rituels s'installèrent, l'enfant les reprenant toujours dans le même ordre avant de pouvoir progresser un peu plus loin.

Exemple : ne disait bonjour que quand elle était installée dans la voiture, puis ne parlait que quand elle était dans la voiture, parlait de certains sujets dans la voiture (Mr et Mme CAS...) qu'elle n'abordait jamais à la consultation. Rite pour monter l'escalier du Centre, rituel pour quitter le Centre, rituel de lavage des pinceaux et des mains (formation réactionnelle à la mère nourricière qui la dépeignait comme l'enfant sale, dégoutante).

au bout de quatre mois de psychothérapie, on constata que les rites s'accourtaient et laissaient plus de place à l'activité. Corinne commençait à pouvoir supporter un monde social, elle découvrait O... qui apparaissait dans ses dessins. Sa demande de prise en considération dépassant la recherche de la nourrice et visait les adultes en général. Elle acceptait ainsi de prendre en compte les autres membres de l'Equipe avec lesquels elle pouvait entrer en relation directement sans tenir la psychologue par la main. Une évaluation fut

donc organisée le 20.I.70 pour essayer de faire le point sur son futur milieu de vie. Il fût décidé qu'un travailleur social reverrait Mme CAS... qui ces temps derniers avait demandé des nouvelles de Corinne à la DASS et à l'AS, que par ailleurs serait poursuivie la relation avec la psychologue.

Corinne demeura à O... jusqu'à fin juin 1970, elle partit en placement familial de vacances en juillet et août. Mme BOU... avait accepté de la reprendre en nourrice en septembre seulement, car elle devait accoucher en août.

L'assistante sociale et la psychologue aménagèrent un rendez-vous avec Corinne chez Mme BOU... Corinne se réinstalla avec plaisir chez cette dernière, elle est rentrée en C.P., à l'école sans problème, elle semble très épanouie.

Par ailleurs elle est avec son frère Sauveur, d'un an son cadet et en semble très heureuse. A aucun moment Mme CAS... n'est intervenue (elle avait juste rencontré Corinne au hasard d'une promenade, en août, et l'avait embrassée, ce qui avait d'ailleurs quelque peu bouleversé l'enfant).

D'autre part Mme BOU... ne tient pas pour l'instant à ce que la relation avec la psychologue se poursuive, il est donc convenu de ne pas bousculer cette relation mère-enfant qui se noue actuellement, et de rester en retrait.

On peut donc penser qu'après un peu plus d'un an de tâtonnements précautionneux il a enfin été trouvé un milieu de vie permettant une maturation affective tant recherchée chez Corinne et sans lequel tout le travail individuel entrepris pour elle n'aurait été qu'éphémère.

6ème Observation : Martine HER...

Cette dernière observation montre bien comment une situation, qui durait depuis des années, et empêtrait un des enfants de l'A.S.E. a pu évoluer en quelques mois, à partir du moment où les moyens de mobilisation dont dispose le Centre furent utilisés, au cours d'une coopération avec les Services de l'A.S.E.

Martine HER... était ainsi en placement nourricier depuis des années, lorsqu'au moment de sortir de la puberté, le conseil de classe s'alarma de la baisse progressive du rendement scolaire et en avisa l'Assistante Sociale, qui la suivait dans sa famille, entraînant une réunion préparatoire qui eut lieu le 20.2.70.

Lors de cette réunion, nous prîmes connaissance de l'histoire suivante :

- La famille HER... se constitua peu après la guerre, lorsque Mr HER..., d'origine espagnole, vivant en France, épouse Mlle A. FOU..., née le 20.4.1925. De cette union, qui fut assez orageuse tant par le fait du caractère assez tyrannique et impétueux du mari, que de celui de sa femme, qui était assez instable, naquirent trois enfants :

- . Gérard, né le 2.8.1949
- . Michèle, née le 9.2.1952
- . Martine, née le 30.10.1953.

Le 10.12.1958 Mme HER... fut hospitalisée à Clermont, dans l'Oise, et la famille éclata, les trois enfants étant recueillis temporairement par l'A.S.E. Depuis lors, les enfants, qui ne furent pas séparés, sont d'abord envoyés dans un foyer, près de Versailles, pendant 14 mois, puis placés ensemble chez Mme MIC... nourrice, près de Pontoise, où ils sont toujours 10 ans après.

De Mme HER... personne n'a de nouvelles depuis 1958.

Quant à Mr HER... il vient voir ses enfants tous les mois chez Mme MIC... régulièrement. Il est assez souvent sans travail, et, s'il partage ses difficultés

du moment avec ses enfants et leur nourrice, il n'y a aucun échange sur le passé. Il se contente de poster les vœux lui-même pour la mère, tous les ans.

Dans ces conditions, et compte tenu du fait que la séparation a été assez tardive dans leur maturation affective, et que Mme MIC... est une nourrice stable et assez chaleureuse, les enfants suivent un cours normal en apparence.

Gérard est actuellement sous les drapeaux, et a obtenu un C.A.P. de Menuisier au C.E.T. voisin.

Michèle travaille à la Protection Civile, après avoir obtenu un C.A.P. de sténo-dactylo en juin 1969. Cependant, en Novembre 1969, elle a consulté pour un état dépressif, et difficultés relationnelles dans son travail.

Martine, des 3, est celle qui a le mieux réussi puisqu'elle a 16 ans et se trouve en première au Lycée de Pontoise en Section Economie Commerciale.

L'étude des différents bulletins d'évaluation scolaire envoyés à l'A.S.E. auparavant montre cependant que si jusqu'en CM2 elle était la bonne petite élève pour laquelle, au moment du passage en sixième, sa Directrice demandait qu'en fin de troisième, on puisse l'orienter sur l'Ecole Normale, sa marge de sécurité, au fil des années, pour le passage en classe supérieure, allait s'amenuisant.

En fin de troisième on notait : "Martine se classe sensiblement dans la moyenne de la population des élèves de troisième aux épreuves d'aptitude. Ses acquisitions scolaires sont satisfaisantes en orthographe, grammaire et langues, assez moyennes en mathématiques. Martine est travailleuse, a des intérêts littéraires et s'oriente vers le travail de bureau, mais c'est une enfant triste".

Elle consacre peut-être un peu trop toutes son énergie aux activités de type scolaire insuffisamment compensées par les activités de loisir, cependant plus aptes à lutter contre la tendance à l'inquiétude, voire au pessimisme. Martine scruterait à suivre à ce sujet, si l'on veut lui assurer une bonne santé mentale.

En fin de seconde, elle était admise en Première G.I. "de justesse".

Au cours du premier trimestre, la situation se dégrade encore par des difficultés à se concentrer, à mémoriser, contre lesquelles elle lutte par un surcroît de labeur. Mais le Conseil de Classe de fin Janvier note son manque de participation à la classe, sa timidité, ses inhibitions et est amené à se demander si elle pourra passer en Terminale à la fin de l'année.

Sur le plan de la vie chez sa nourrice, celle-ci tente d'inciter Martine à parler, à discuter, à sortir, à se détendre sans aucun succès. Celle-ci se renferme de plus en plus, et éprouve une gêne croissante à s'exprimer avec autrui.

La consultation est donc décidée sur ces éléments, et le 10.2.1970 Martine passait un examen psychologique. La psychologue notait : "Martine est une adolescente de bon contact apparent. Ses Professeurs dit-elle sont inquiets de sa réserve et de sa tendance à l'isolement. Elle semble s'emporter assez vite lorsque quelque chose lui déplaît. Elle pose des questions au sujet de sa mère, car elle ne peut parler de ses parents à personne".

Aux tests projectifs, elle note : "On voit chez cette adolescente une angoisse entraînant une baisse des capacités de synthèse. Elle ne se laisse aucunement aller à son imagination, compensant son angoisse par un essai d'intellectualisation réussi. Il y a peu d'adhésion à la pensée collective. Martine a une pensée assez stéréotypée, mais mal adaptée. Elle est révoltée et opposante, capable d'agressivité directe et de décharge émotionnelle. Il y a une antériorisation d'une partie de sa sensibilité qui ne peut pas s'épanouir, avec une recherche affective qui pourrait être celle d'une image paternelle sécurisante.

L'image maternelle peu construite ne permet pas d'identification féminine. Au T.A.T. son héros est découragé, dépressif, la famille est vue comme isolée, les relations sont tendues. Epreuves pratiques : RORSCHACH et T.A.T.

Le 27.2.1970 Martine revenait pour l'examen psychiatrique. Ce dernier, après l'entretien avec la psychologue, allait revêtir un aspect particulier dans le sens où Martine avait très bien réalisé ce que le Centre pouvait lui apporter : la possibilité de pouvoir parler, en terrain neutre, des problèmes qui l'obsédaient. Mais, en même temps, après un si long silence, cela lui paraissait énorme et effrayant à entreprendre.

Le résultat fut qu'après avoir verbalisé facilement le fait qu'elle était gênée socialement et surtout scolairement, par son peu d'envie pour l'expression d'opinion et d'idées personnelles. La seconde partie de l'entretien aurait très bien pu se passer sur un "divan" tant les silences étaient fréquents, longs et à la fois riches en expression infraverbale. Elle accepte de revenir, cependant sans difficultés et avec soulagement, pour approfondir le problème que ses parents lui posaient.

Le 3.3.1970 une réunion de synthèse de l'A.S., de l'A.S.E. qui la suivait fut organisée. Cette dernière nous apprit que Martine entre temps était venue la voir et qu'en pleurant lui avait, pour la première fois, parlé de sa mère. On y prit acte du fait qu'au cours de la consultation elle avait vécu celle-ci comme une possibilité d'aide et avait fait sentir son besoin intense de parler de ses parents. Il fut décidé une prise en charge psychothérapique par le psychiatre qui, par ailleurs, devait renouer le contact avec Clermont, et savoir ce qu'il était advenu de la mère.

Le 11.3.1970 démarrait la guidance de Martine, qui devait durer jusqu'aux vacances, à raison d'une séance par semaine, tandis que nous parvenait la réponse de Clermont : Mme HER... était toujours à Clermont, elle y avait été admise en 1958 pour "excitation psychique avec hostilité envers son mari et envers l'entourage hospitalier. Notion d'abus de café et vraisemblablement d'alcool. Incurie". Actuellement elle est calme et relativement active, mais son manque d'initiative et ses troubles du jugement la rendent incapables de vivre seule. Elle demeure fragile sur le plan thymique et elle a tendance à faire des abus de café risquant de déclencher des phases d'excitation.

Une sortie aurait donc été envisagée s'il y avait eu un milieu familial d'accueil favorable, mais le mari se désintéresse de sa femme et ne vient la voir qu'une fois l'an environ.

Enfin, le Médecin qui la suit nous dit qu'elle serait heureuse de voir ses filles et s'offre à nous la convoyer jusqu'à Pontoise le cas échéant pour une visite.

Muni de ces éléments, une coopération fructueuse s'installa avec Martine et l'Assistante Sociale.

Au cours des entretiens il est apparu très vite que ses inhibitions scolaires, verbales, sociales... étaient en relation étroite avec une difficulté croissant avec l'âge, à s'identifier à ses parents du fait du manque de contacts affectifs positifs avec eux.

Son père était vécu comme un étranger qui la visitait de temps à autre, et lui interdisait de voir et même de parler de sa mère, de sa famille, de la vie d'avant, des raisons qui avaient entraîné son placement, et l'éclatement de la famille.

De ce fait, il y avait des tas de choses importantes et même vitales dont on ne pouvait parler. Il s'ensuivait une certaine paralysie à s'exprimer en général, à avoir une opinion personnelle, à prendre des décisions, à s'affirmer vis-à-vis des autres, et enfin de faux rapports avec les hommes puisqu'il n'y en avait pas de profonds avec son père.

Le problème de l'image maternelle vécue comme honteuse, à cacher, monstrueuse, etc... fut peu à peu centré puis abordé de plus en plus nettement entraînant ce que Martine a appelé "un réveil après 12 ans de sommeil", témoignant ainsi de la libération de l'énergie bloquée par le refoulement de cet affect dangereux.

Peu après, Martine s'est mise à agir de façon plus autonome, écrivant à sa mère spontanément, se racontant à elle, lui demandant une photo et lui envoyant la sienne, puis, acceptant de la recevoir chez sa nourrice, vers le 12 Mai.

A l'école, sa façon de travailler se modifia aussi; elle ne pouvait plus recevoir passivement l'enseignement, apprendre par coeur, il y eut un moment où elle rendit même des copies blanches, puis, peu après, à son rythme, elle se remit au travail, creusant ce qui l'intéressait, ce qu'elle comprenait, et laissant le reste. Sur ces entrefaites, elle a passé son Bac Français et devait passer en Terminale au Lycée de Pontoise, l'an prochain.

Fin Juin elle décida d'en rester là pour l'instant et d'arrêter sa psychothérapie. Elle était consciente de ses acquisitions et percevait qu'il lui manquait encore un contact affectif valable avec son père qu'elle ne pourrait entreprendre qu'après avoir pu libérer sa curiosité à son égard, quant aux faits passés, mais elle semblait hésiter encore.

Depuis l'arrêt de sa psychothérapie Martine est partie en vacances un mois, avec sa nourrice, puis a travaillé un mois au Secrétariat de son Lycée.

A la mi-septembre, elle est entrée en Terminale.

Chez la nourrice, son comportement est beaucoup plus détendu, et elle a organisé un voyage avec son frère (au cours d'une permission), et sa soeur Michèle, à Clermont, pour aller voir sa mère sur place.

Le seul problème reste celui des relations masculines, étant donné qu'il ne semble pas qu'elle ait encore réglé le passé avec son père. Mais il a été convenu qu'elle pourrait éventuellement recevoir l'appui du Centre après la rentrée scolaire, si elle le désirait.

V - LES DONNEES NUMERIQUES

A titre informatif, et pour la période s'étendant du 1.2.1969 au 31.12.1969, soit sur 11 mois de fonctionnement, on peut individualiser :

a) une répartition générale des cas :

- . Le nombre des cas présentés à la consultation s'est élevé à 132.
- . Sur ceux-ci, 107 ont été vus à la consultation, 5 ont été admis en guidance directement, 11 ont été reportés en 1970, et 9 demandes ont été annulées.
- . Sur les 107 prises en charge courtes, de type consultation, 75 ont vu une poursuite au titre de prise en charge de longue durée, type guidance, s'organiser par la suite. A noter que 10% des consultations ont dû être programmées deux fois ou plus, compte tenu de l'absentéisme de la clientèle (parents et enfants).
- . L'ensemble des guidances a donc représenté 80 cas, soit un pourcentage de plus de 75%.
- . Les 27 cas qui n'ont eu qu'une prise en charge courte, ont été transmis à d'autres équipes du Département pour 1/3, et pour le reste, soit, cette intervention avait été suffisante, soit, les parents n'avaient pas accepté une aide plus importante.
- . En ce qui concerne les 9 annulations, elles représentent : un refus d'emblée des parents de la reconnaissance de l'inutilité de l'intervention (tout ayant changé entre le signalement et le premier contact) ou enfin une décision administrative, ou des parents, de changement de secteur.

b) La provenance des demandes de prise en charge

Il s'agit là de l'origine de la demande, la demande proprement dite étant toujours officialisée par une prise en charge de l'Inspection Principale de l'Action Sanitaire et Sociale.

Sur les 132 cas, les demandes émanaient pour :

- 69 du Service de Prévention,
- 48 des autres Services de l'A.S.E.,
- 6 du Service d'Action Educative en Milieu Ouvert,
- 9 du Foyer et de l'Ecole Ménagère Départementaux.

c) La provenance des enfants

- 76 enfants vivaient dans leur famille naturelle
- 30 enfants vivaient dans une famille nourricière
- 26 enfants vivaient dans des Maisons d'Enfants.

d) Sexe et âge des enfants

76 filles pour 56 garçons dont :

- 11 enfants avaient moins de 6 ans
- 60 enfants avaient de 6 à 14 ans
- 61 enfants avaient plus de 14 ans.

e) Transports

- 25 ont été assurés par les clients,
- 8 ont été assurés par d'autres services,
- 57 ont été assurés par la Consultation.

Sur ces 57 : 19 se situent dans un rayon de 0 à 5 km
20 se situent dans un rayon de 5 à 20 km
18 se situent dans un rayon de plus de 20 km.

Le kilométrage effectué tant pour la consultation que les guidances en 11 mois s'est élevé à 23 000 km dont 15 500 par les voitures de services.

f) Selon la modalité de la guidance

- . 5 enfants ont participé à l'atelier psychothérapique de peinture,

- . 7 enfants ont participé à l'atelier psychothérapique par le Jeu,
- . 45 enfants ont été pris en charge en Action Educative à l'extérieur du Centre,
- . 24 enfants ont été pris en charge en Psychothérapie individuelle
- . 4 enfants ont été pris en charge en rééducation psychomotrice.

On arrive ainsi à un chiffre supérieur à celui de base, car certains enfants ont bénéficié de plusieurs interventions successives ou simultanées.

g) Selon la symptomatologie ayant entraîné la demande

Statistiquement, étant donné que nous n'avons pas affaire à un groupe homogène de population, étant donné les multiples origines tant géographiques (rural, urbain) que sociales de nos clients, ainsi que du caractère spécial de notre mode de recrutement, il n'est pas valable, ni utilisable, d'étudier une répartition selon les symptômes. Ceux-ci constituent, d'ailleurs, un catalogue des troubles de la pédo-psychiâtrie joints à ceux exprimant les difficultés de l'enfant à s'inscrire dans notre société.

Par contre, on peut, globalement, évaluer les causes des inadaptations de nos enfants :

- . Moins de 5 % sont d'origine organique personnelle
- . 20% environ de difficultés relationnelles, intra-familiales ou scolaires chez un enfant dont la famille est, par ailleurs, socialement stable.
- . Le reste, soit 75%, où l'inadaptation de l'enfant est liée directement de façon plus ou moins évidente, à l'instabilité ou l'insécurité socio-économique de la cellule familiale. Groupant, sous cette étiquette, des faits signifiants très disparates allant de la séparation du couple à l'éthylisme, en passant par l'insécurité de l'emploi, la multi-natalité, l'isolement dans une mégapole, la transplantation, l'acculturation etc...

CONCLUSIONS

Tout au long de ce travail on a pu voir comment avait été créé ce Centre, afin de répondre à un besoin du secteur public d'une approche plus personnelle moins traumatisante, et en même temps plus précise -techniquement, de l'inadaptation de certains des enfants confiés à sa garde.

Comment, à partir de là, avait été constituée une équipe de techniciens, de fonction et d'origine différentes, mais ayant tous en commun deux choses :

- La reconnaissance, d'une part, du facteur social, au sens large, comme déterminant dans la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent.

- D'autre part, la perception du rôle capital de mobilisation que comporte l'approche empathique d'un inadapté et de son milieu de vie. Cette relation leur permettant de se définir, de reprendre possession des leviers de leur existence, de cesser ainsi d'être à charge passivement, pour promouvoir une solution à la fois conforme à leurs désirs individuels et sociaux.

Comment ce Centre avait essayé de faire participer à l'élaboration de cette aide, tous les services avec lesquels notre action s'interpénétrait.

Il reste à ajouter que le Centre n'est pas une institution cristallisée, parvenue à l'imgo, mais en devenir permanent.

L'année 1970 a vu une augmentation de près de 15% des cas présentés, et il ne semble pas souhaitable qu'elle dépasse, compte tenu de ses structures, un chiffre d'environ 130 prises en charge effectives par an.

Par contre, il semble qu'une sectorisation plus étroite permette une rentabilité et une efficacité supérieures.

Enfin, il semble que la simplification de la gestion, en vue d'aboutir à une fusion du budget Consultation et du budget Guidance permettant une prise en charge contenue dès l'acceptation du cas, soit à retenir, permettant ainsi, outre la simplification administrative, d'étaler, dans le temps, la consultation qui perdra, pour le client, le caractère parfois un peu précipité et haletant du passage successif, en quelques jours, devant plusieurs spécialistes, de même pour ceux-ci, la possibilité de prendre un contact plus élaboré, moins "radioscopique" avec l'enfant et de mieux orienter la guidance ultérieure.

Les difficultés n'ont certes pas manqué en chemin, et sont loin d'être toutes résolues, tant il est vrai qu'une aide sur le mode domination-dépendance est plus facile à donner et à recevoir que celle définie plus haut.

Cependant, les résultats d'ensemble obtenus et les modifications envisagées pour l'avenir permettent d'augurer favorablement du rôle de tels centres dans le cadre de la santé mentale.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur BOUDIN

Professeur CASTAIGNE

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

- BUCKLE D., LEBOVICI S.
Les Centres de Guidance Infantile O.M.S.
Genève 1958 (149 p.)
- BECK S.J. Ed.
The psychologist in the clinic setting.
Round Table 1947.
Amer. J. Orthopsychiat. 1948-18-492.
- DELLAERT R.
La clinique médico-psychologique pour enfants et adolescents, problèmes
et solutions.
Louvain (Van Linthout) 1953.
- FAVREAU J.A.
Aspects psychanalytiques de la relation parents-enfants en pratique psy-
chiatrique infantile.
Rev. Franç. Psychanal. 1954-18-366.
- FILMER-BENNET et HILLSON J.S.
Some child therapy practices.
J. Clin. Psychol. 1959, 15, 105-106.
- FONTES V. Ed.
Criança port, 1954/55 - 14.
Volume consacré à la Médico-Pédagogie et à la Psychiatrie en Suisse.
- FREUD A.
Le traitement psychanalytique des enfants (Trad. E. Rochat et Berman -
Paris).
P.V.F. 1951 120 p.
- GARDNER G.E., WILLIAM HEALY MD.
1869-1963 Amer. J. Orthopsychiat. 1964 - 34 960-964.
- GOLDFARB W., DORSEN M.M.
Annotated bibliography of childhood schizophrenia and related disorders
New York (Basic Books) 1956.
- HEALY W.
Twenty five years of child guidance (Illinois Department of public Welfare)
1934 (Institute for juvenil research, Studies Series C n° 256).

HENRY J.

Family structure and the transmission of neurotonic behavior.
Amer. J. of Orthopsychiat. 1951 - 21, 800.

IRVINE E.D.

A note of child guidance clinics.
Med. Offr. 1954, 92 , 333.

JOHNSON A.M.

Factors in etiology of fixation and symptom choice
Psychoanal. Quart. 1953, 22, 475.

JOHNSON A.M., SZUREK S.A.

The genesis of antisocial acting out in children and adults
Psychoanal. Quart. 1952, 21, 323.

LARON R., FAURE J.L.

Le Centre d'observations pour enfants et adolescents : structures,
tâches, évolution, place dans l'organisation de l'hygiène mentale.
Pédiatrie 1955 - 10, 367.

LEBOVICI S., DIATKINE R., FAVEREAU J.A., LUQUET P., LUQUET-PARAT J.

La psychanalyse des enfants. in Nacht S. Ed.
La psychanalyse d'aujourd'hui. Paris (Presses Universitaires
de France) 1956, vol. 1 p. 169.

LEBOVICI S., DIAKTINE R.

Die Bilanz der Kinder Psychoanalyse in Frankreich.
Prax. Kinderpsychol. 1955 - 4 - 178.

LINDGREN H.C.

Mental health in education New York (Holt) 1954.

LITIN E.M., GIFFIN M.E., JOHNSON A.M.

Parental influence in unusual sexual behavior in children
Psychoanal. Quart. 1956, 25-37.

MODLIN H.C., FARIS M.

Group adaptation and integration in psychiatric team practice.
Psychiatry 1956 - 19 - 97.

NACHT S., LEBOVICI S.

Les indications de la psychanalyse chez l'enfant.
Rev. Franç. Psychanal. 1955 - 19 - 165.

PHILLIPS E.L.

Some features of child guidance clinic practice in the U.S.A.
J. Clin. Psych. 1957 - 13, 42-44.

ROSENZWEIG S.

Projective clinics : their progress in the application of psycho-
dynamics. In L.G. LAWREY et V. SLOANES (Eds.) : Orthopsychiatry 1923-
1948 : retrospect and prospect. New-York Amer. Psychol. Ass. 1948.

SHAPIRO M.B.

An experimental approach to diagnostic psychological testing.
J. Ment. Sci. 1951 - 97, 748.

SMITH M.B., HOBBS N.

The community and community mental Health Center
Washington D.C. Amer. psychol. Assoc. 1966.

STEVENSON G.S. et SMITH G.

Child guidance clinics - New-York (Commonwealth Fund) 1940.

WALL W.D.

Education et santé mentale
Paris UNESCO 1955.

WYATT F. Ed.

Training of clinical psychologist.
Round Table 1951.
Amer. J. Orthopsychiat. 1952, 22, 138.

